

Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



Priscila Heusner Gonçalves de Sousa

**O Cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão de literatura**

Rio de Janeiro

2020

Priscila Heusner Gonçalves de Sousa

**O Cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão de literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lilian Miranda

Rio de Janeiro

2020

Título do trabalho em inglês: Care in Psychosocial Attention Centers: a literature review

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Catálogo na fonte

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

Biblioteca de Saúde Pública

S725c Sousa, Priscila Heusner Gonçalves de.  
O Cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão de literatura / Priscila Heusner Gonçalves de Sousa. -- 2020.  
99 f.

Orientadora: Lilian Miranda.

Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Serviços de Saúde Mental. 2. Assistência à Saúde. 3. Reforma dos Serviços de Saúde. 4. Psiquiatria. 5. Saúde Mental.  
I. Título.

CDD – 23.ed. – 362.2

Priscila Heusner Gonçalves de Sousa

**O Cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial: uma revisão de literatura**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas, Planejamento, Gestão e Cuidado em Saúde.

Aprovada em: 23 de novembro de 2020.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Bruno Ferrari Emerich  
Universidade Estadual de Campinas

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marilene de Castilho Sá  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lilian Miranda (Orientadora)  
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2020

Dedico essa dissertação a todos os usuários que cruzaram o meu caminho enquanto estagiária e profissional e que fizeram com que eu me apaixonasse pela saúde mental. Abriram meus olhos e coração para um mundo plural e para as diversas possibilidades de ser e estar no mundo.

## AGRADECIMENTOS

Escrever os agradecimentos é com certeza a parte pela qual eu mais ansiei, pois simboliza o término de um ciclo permeado por altos e baixos. O processo do mestrado foi particularmente doloroso para mim, pois enfrentei minhas maiores inseguranças e angústias, adoeci, chorei, mas também tive a oportunidade de me cuidar, fazer amigos e aprender com grandes doutores. Porém, essa conclusão não seria possível sem as tantas pessoas que me ajudaram e me impulsionaram a chegar até aqui. Me faltam palavras, sobram lágrimas e gratidão. Espero ser justa e não esquecer de ninguém.

Primeiramente, agradeço à minha orientadora, Lilian Miranda. Não tenho dúvidas de que nada disso seria possível sem ela. Minha história com a Lilian vem desde a graduação em Psicologia na UFRRJ, onde tive o primeiro contato com a saúde mental através de um encontro com os usuários do IPUB e posteriormente através de uma visita ao CAPS de Seropédica. Meu amor pela saúde mental nasceu ali. Fui sua estagiária e orientanda, e muito do que sei hoje, aprendi graças as suas indicações de leitura, apontamentos, críticas e construções conjuntas da prática e da escrita. Foi uma honra poder ser sua orientanda 3 anos depois, um pouco mais madura acadêmica e profissionalmente, mas enfrentando as inseguranças de sempre. Tive um percurso difícil no mestrado e, sem ela, não estaria aqui hoje. Só posso agradecer por todo a escuta, acolhimento, carinho, dedicação, zelo e, principalmente, paciência que teve comigo ao longo desses anos. Sua ética e profissionalismo me inspiram a ser cada dia uma profissional melhor. Obrigada, de coração, nunca esquecerei de tudo o que fez por mim.

Aos meus pais, Adiva e Robson, por apoiarem todas as minhas escolhas, por acolherem as dúvidas que surgiram no percurso e por celebrarem todas as conquistas comigo. À minha irmã Carina, por ser minha melhor amiga e dividir seu mundo comigo, inclusive as vivências e angústias de também ser mestranda. Ao meu gato, Freud, que me fez companhia enquanto eu estudava durante todas as etapas desse processo. A eles devo tudo.

Aos usuários com quem tive a alegria de trabalhar ao longo desses anos, por contribuírem com meu crescimento profissional, acadêmico e pessoal.

Aos colegas de turma, com quem dividi medos, dúvidas e dificuldades. Seus apontamentos durante as aulas de Seminários e as trocas nos corredores foram

fundamentais para que eu consolidasse esse trabalho. Um agradecimento especial à Clarisse Castro, Julia Mattos e Marcos Andrade.

À Livia Mattos e Thayana Pastori, que de colegas tornaram-se grandes amigas. É um prazer inenarrável cruzar com mulheres incríveis e inspiradoras, que fizeram e fazem com que eu sempre queira ser uma profissional e pessoa melhor. Com vocês pude dividir medos, angústias e desejos. Agradeço pela escuta, acolhimento, apoio, ajuda, risadas, praias e chopps.

À Jaqueline Rocha, quem eu conheci na disciplina do Paulo Amarante meses antes de sonharmos em sermos alunas da ENSP. Por feliz coincidência do destino, passamos, entramos na mesma turma e de cara nos identificamos. Quantas foram as trocas, as conversas, os desabafos, o suporte mútuo e fundamental para que eu pudesse concluir esse trabalho. Obrigada por ter sido e continuar sendo fortaleza na minha vida acadêmica e pessoal.

À Paula Clapp, que tornou-se não só amiga, como companheira de casa e de vida. Obrigada por ter me ajudado a não desistir, por ter me acolhido e me ajudado a me organizar num momento crucial para que eu pudesse concluir esse trabalho. Obrigada pelas trocas, parcerias, por me mostrar novas possibilidades e a importância dos limites.

Às minhas amigas de uma vida, Bárbara Costa, Carolina Miranda, Cynthia Santos, Fernanda Calabar, Flávia Lameck, Juliana Fontenele, Mariana Torres, Paula Bessa e Yane Couto. Obrigada por tanta troca e carinho ao longo de todos esses anos. Obrigada por entenderem minhas ausências, cansaço e falta em alguns momentos.

À minha analista Camila Kushnir, pelo processo de análise fundamental às minhas práticas e a minha escrita.

À Marilene Castilho, por aceitar compor a banca de qualificação e de defesa da dissertação. À Luna Rodrigues, pela participação na qualificação. Agradeço pelos apontamentos, críticas construtivas e sugestões para esse trabalho. Fico feliz por tê-las comigo nesse momento. Ao Bruno Emerich por ter aceitado compor a banca da defesa, por ter propiciado um momento tranquilo e cuidado de trocas e sugestões incríveis.

À todos os pesquisadores e profissionais que lutam pelo SUS.

## RESUMO

O tema do presente do trabalho é o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial brasileiros. Situado em um contexto de retrocessos da Política Nacional de Saúde mental sob uma ótica neoliberal e fascista, buscamos resgatar importantes princípios da Reforma Psiquiátrica e do cuidado em atenção psicossocial em defesa de um cuidado em liberdade, que se pretende integral. Sob o marco legal da Lei 10.216 e das diversas políticas e portarias, o estudo objetivou discutir a forma como o cuidado vem sendo compreendido nos CAPS, quais os principais referenciais teóricos embasam as noções de cuidado, se há modificações expressivas de compreensão desse cuidado ao longo dos anos e como o cuidado vem sendo exercido de fato nesses serviços, bem como visou explorar seus limites, dificuldades e potencialidades. Para tal, foi realizado um estudo qualitativo, caracterizado como revisão narrativa de literatura, tendo como categorias de análise a abordagem biomédica e o cuidado integral e atenção psicossocial. Nos utilizamos de noções de cuidado desenvolvidas no campo da saúde coletiva e da psicanálise. A revisão evidenciou que as diferentes concepções, muitas vezes, se interceptam tanto na prática clínica cotidiana dos serviços, como em muitas discussões teóricas dos autores. Talvez, em função disso, não tenha sido possível distinguir, nitidamente, as noções de clínica e de cuidado em saúde. As concepções que mais apareceram nos artigos foram as de “clínica ampliada”, “cuidado integral” e “cuidado humanizado”. Os resultados demonstram achados mistos e, ainda que aponte para relevante incidência do modelo biomédico nos CAPS, estes serviços configuram-se como a melhor forma de cuidado em saúde mental a partir da aposta em estratégias de acolhimento, reconhecimento e valorização da autonomia do sujeito, elaboração de PTS e no cuidado relacional, algo inexistente nos hospitais psiquiátricos.

Palavras-chave: Cuidado, Centro de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção Psicossocial, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental

## **ABSTRACT**

The theme of the present work is the care in the Brazilian Psychosocial Attention Centers. Situated in a context of setbacks of the National Policy of Mental Health, under a neoliberal and fascist light, we seek to rescue important principles from the Psychiatric Reform and care in psychosocial attention in favor of care in freedom, intended to be integral. Under the legal terms of Law 10,216 and of various policies and ordinances, the study aimed to discuss how CAPS professionals, users, and family members have been understanding care, what main theoretical references underlie notions of care, whether there have been significant changes in the understanding of care over the years and how care has actually been exercised in these services, as well as how it has sought to explore its limits, difficulties, and potential. To this end, a qualitative study has been conducted, characterized as a narrative literature review, using the biomedical approach, the integral care, and the psychosocial attention as categories of analysis. We used notions of care developed in the field of collective health and psychoanalysis. The review evidenced that the different conceptions are often intertwined both in the daily clinical practice of services and in many theoretical discussions carried out by authors. Perhaps because of this, it has not been possible to distinguish the notions of clinic and health care clearly. The concepts that appeared most in the articles were those of "expanded clinic", "integral care," and "humanized care". The results show mixed findings and, although they point to a relevant incidence of the biomedical model in CAPS, these services constitute the most effective form of mental health care, based on the focus on strategies of reception, recognition, and valorization of the subject's autonomy, elaboration of PTS, and relational care, something that does not exist in psychiatric hospitals.

**Keywords:** care, psychosocial care center, psychosocial care network, psychiatric reform, mental health

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fluxograma de busca nas bases da BVS Regional, OASISibict,.....	46
Quadro 1 - Quantidade de artigos por ano .....	47
Quadro 2 – Quantidade de artigos identificados por tipo de periódico .....	48
Quadro 3 – Quantidade de artigos identificado segundo o método utilizado na pesquisa .....	48
Quadro 4 – Quantidade de artigos identificados por sujeito da pesquisa .....	48
Quadro 5 – Quantidade de artigos identificados por local das pesquisas .....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AT	Acompanhamento Terapêutico
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
BVS SP	Biblioteca Virtual em Saúde, Saúde Pública
CA	Clínica Ampliada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CREMESP	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CT	Comunidade Terapêutica
ECT	Eletroconvulsoterapia
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ESF	Estratégia de Saúde da Família
MG	Minas Gerais
MRS	Movimento da Reforma Sanitária
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PL	Projeto de Lei
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRD	Política de Redução de Danos
PT	Partido dos Trabalhadores
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para Casa
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RJ	Rio de Janeiro
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SM	Saúde Mental
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SP	São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidade de Acolhimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>2. JUSTIFICATIVA</b> .....	16
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
3.1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL	21
3.2 UMA DISCUSSÃO SOBRE CUIDADO EM SAÚDE .....	28
3.2.1 <b>O Cuidado ou a Clínica em Saúde Coletiva</b> .....	29
3.2.1.1 O Cuidado em Atenção Psicossocial.....	37
3.2.1.1 <i>Reabilitação como forma de cuidar</i> .....	41
<b>4. MÉTODO</b> .....	44
<b>5. RESULTADOS</b> .....	47
5.1 ABORDAGEM BIOMÉDICA – A MANUTENÇÃO DA LÓGICA E OS ENTRAVES PARA SUA SUPERAÇÃO.....	50
5.2 O CUIDADO INTEGRAL E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – PROPOSTAS, POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES NOS CAPS.....	66
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	81
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	844
<b>ANEXO: QUADRO INFORMATIVO</b> .....	91

## 1 INTRODUÇÃO

O tema do presente trabalho é o cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Foi realizada uma revisão bibliográfica narrativa, através da qual buscamos investigar o que vem sendo compreendido, por profissionais, usuários e familiares, como cuidado nos CAPS, serviços anteriormente considerados como carro-chefe da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), e hoje apenas um dos pontos da Rede de Atenção Psicossocial do Brasil (RAPS).

A escolha deste tema é resultado de um amadurecimento de reflexões da experiência de estágio realizado durante a graduação em psicologia. Ao longo de um ano e meio (2013- 2015) pude atuar em dois dispositivos da RAPS de um município do Rio de Janeiro, sendo um CAPS e um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi). No período em que estive no CAPS, foi possível perceber uma lógica manicomial ainda muito presente na prática dos profissionais e no funcionamento do serviço como um todo.

Pude observar, na época, a presença de poucas oficinas, o que implicava em poucas opções para os usuários. Algumas eram, ainda, limitadas para determinado grupo, como a *Oficina de Jornal*, onde só participavam usuários que sabiam ler e escrever. Ou a *Oficina de Caminhada* que, por sua vez, acabava por excluir aqueles com dificuldade de locomoção. Restando, assim, somente duas outras oficinas, a de *Bijouteria* e a de *Sexualidade*, em que os usuários eram obrigados a estar no espaço em que ocorriam as atividades, mesmo que não participassem delas ou sequer quisessem estar ali. Esta lógica de participação tinha por objetivo incluí-los em alguma atividade para que não ficassem “circulando pelo CAPS”, o que me parecia conferir à prática uma característica policialesca, que pouco permitia que os sujeitos circulassem no serviço de modo autônomo ou fizessem suas próprias escolhas.

Esse modo de organização do serviço nos remete ao modelo de cuidado ofertado durante tantos anos pelos hospitais psiquiátricos: adoecedor, cronicador e iatrogênico. Modelo pautado na exclusão, no controle e na medicalização, cujos fundamentos e efeitos começaram a ser combatidos, no Brasil, desde o final da década de 1970. Neste momento iniciou-se o processo histórico de transformação desse modelo hegemônico e de superação do paradigma da psiquiatria clássica: a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que

teve seus princípios ancorados, principalmente, na Reforma Psiquiátrica Italiana (AMARANTE, 1995).

A RPB, desde seus primórdios, visa não só a desinstitucionalização de pessoas com longos períodos de internação em hospitais psiquiátricos, como propõe mudanças no âmbito legislativo e organizacional, “atribuição de responsabilidade aos loucos e questionamento do poder psiquiátrico em relação às ações de saúde mental” (ACIOLI NETO, AMARANTE, 2013, p. 966).

Amarante (2007) aponta que o processo da Reforma não deve ser limitado à simples propostas de reformulação de serviços e de superação dos manicômios enquanto estruturas físicas. O autor nos indica a importância de entender a RPB como um processo social complexo. Desta forma, podemos entendê-la como algo que está em constante transformação, pois é atravessada por diversos atores, elementos, situações, interesses, concepções de mundo distintas, entre outros fatores. Para facilitar a reflexão, este processo é agrupado em algumas dimensões, sendo elas: Teórico-conceitual, Técnico-assistencial, Jurídico-político e Sociocultural que serão discutidas mais amplamente no próximo capítulo.

O campo da saúde mental brasileiro contou com mudanças significativas ao longo das décadas, que perpassam desde a transformação do saber acerca da loucura e da relação do louco com a sociedade até o tratamento e formas de cuidado das instituições psiquiátricas e dos novos dispositivos do campo da atenção psicossocial. Profundamente marcado pela ideia de defesa dos direitos humanos e de resgate da cidadania daqueles que foram diagnosticados como alguém que possui algum tipo de transtorno mental, o movimento da RPB, mais do que denunciar os manicômios como instituições violentas, veio propor sua extinção, uma nova relação da sociedade com a loucura, a construção de uma rede de serviços e estratégias territoriais e comunitárias, inclusivas e ressocializadoras (AMARANTE, 2007).

O movimento impulsionou importantes acontecimentos no ano de 1989, como a intervenção e o fechamento da Clínica Anchieta, em Santos/SP, e a revisão legislativa proposta pelo então deputado Paulo Delgado por meio do Projeto de Lei (PL) nº 3.657. No ano seguinte, o Brasil tornou-se signatário da Declaração de Caracas, a qual propunha a reestruturação da assistência psiquiátrica. E, em 2001, é, finalmente, aprovada a Lei Federal 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (BRASIL, 2001).

Ao longo dos anos seguintes, diversos decretos e portarias foram instituídos, a fim de instituir programas, regulamentar a organização, funcionamento e financiamento dos serviços de saúde mental. Podemos citar alguns exemplos importantes como: a Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações; a Portaria GM/MS Nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004; Portaria GM/MS Nº 52, de 20 de janeiro de 2004, que institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – 2004; Portaria MS/GM Nº 1.876, de 14 de agosto de 2006, que institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a serem implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, dentre outras.

Dentre as leis e portarias implementadas, há uma que merece maior destaque nesta dissertação: a Portaria Nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre suas características, vale destacar aqui alguns componentes que a constituem: atenção básica em saúde; atenção psicossocial (que incluem os Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades); atenção de urgência e emergência; atenção hospitalar (enfermaria especializada em Hospital Geral e serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas); estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial.

Ao falarmos de reabilitação psicossocial, pensamos no tipo de cuidado preconizado pela RAPS, o cuidado em atenção psicossocial, que pode ser exercido a partir de diferentes aportes teóricos, mas deve-se pautar por alguns princípios: reconhecimento e legitimação da singularidade dos usuários, produção compartilhada de autonomia, agenciamento do indivíduo no território e suporte na comunidade e aquisição e garantia de direitos (LEAL e DELGADO, 2007).

No entanto, passados 18 anos da promulgação da Lei 10.216, atualmente se verifica instabilidade no que diz respeito às políticas públicas de saúde mental, e um possível risco de seu desmonte. Isto se revela através da Nota Técnica nº 11/2019, que esclarece sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, ocorridas entre 2017 e 2018, tais como a destituição do

CAPS como ordenador da rede e o reestabelecimento do hospital psiquiátrico como componente de cuidado a receber investimentos governamentais, que serão melhores explicitadas no próximo capítulo.

Se a proposta dessa dissertação foi pensada antes das recentes modificações da Política Nacional de Saúde Mental, sua conclusão em um momento em que se tenta a todo custo silenciar e aniquilar as diferenças, torna-se ainda mais propício. Nossa aposta é que a melhor forma de cuidado é aquele oferecido pelos CAPS, ainda que haja críticas a ele. Um modelo aberto e de base comunitária sempre será melhor que aquele que tranca, segrega e mata seus usuários.

Considerando esse cenário, a proposta é fazer uma revisão bibliográfica sistemática nas bases de dados, com o objetivo de verificar as produções sobre o cuidado nos CAPS do Brasil.

Desta forma, as questões norteadoras desse trabalho são:

1. Como o cuidado está sendo compreendido nos Centros de Atenção Psicossocial?
2. Quais os principais referenciais teóricos que embasam as noções de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial?
3. Há modificações expressivas de compreensão desse cuidado ao longo dos anos?
4. Como o cuidado está sendo exercido nesses serviços? Quais os limites, dificuldades e potencialidades?

Para responder as questões norteadoras, **o objetivo geral** deste trabalho é:

- Investigar as compreensões de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial.

Os **objetivos específicos** são:

- Compreender as noções de cuidado que orientam as práticas nos Centros de Atenção Psicossocial;
- Mapear os principais referenciais teóricos que embasam as noções de cuidado nos Centros de Atenção Psicossocial;
- Identificar se há modificações expressivas da compreensão desse cuidado ao longo dos anos;
- Analisar como o cuidado está sendo, de fato, exercido nos Centros de Atenção Psicossocial;

- Identificar limites, dificuldades e potencialidades do cuidado exercido nos Centros de Atenção Psicossocial.

Para tal é necessário retomarmos os motivos que nos levaram a desenvolver este trabalho, bem como pontuar alguns antecedentes históricos e políticos acerca dos movimentos de reforma psiquiátrica no país e apresentar os conceitos de cuidado e atenção psicossocial que nos orientam. Além disso, apontaremos os principais caminhos teóricos a serem percorridos.

## 2 JUSTIFICATIVA

A justificativa desse trabalho foi pensada em torno de duas questões, consideradas fundamentais para ratificar a pertinência do objeto de estudo. A primeira refere-se à minha implicação com a temática da saúde mental e a segunda relaciona-se à importância do tema em relação à construção de políticas públicas de saúde.

De 2013 a 2015, atuei como estagiária de psicologia no Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança (CAPS II), localizado no município de Paracambi, no Rio de Janeiro. Para concluir o estágio, o mesmo foi dividido em duas tarefas individuais para cada estagiária: a primeira, realizada entre agosto e dezembro de 2013, era criar uma oficina terapêutica para os usuários do CAPS e a segunda, que ocorreu entre março e agosto, era a de realizar um Acompanhamento Terapêutico (AT) com um sujeito que apresentasse demanda para tal dispositivo. Para desenvolver ambos os trabalhos, deveríamos observar o funcionamento do serviço e dos usuários e, a partir disso, propor atividades que pudessem ser construídas em conjunto com os sujeitos, de forma que contemplassem não só suas particularidades, como seus desejos. A ideia era criar espaços, não necessariamente físicos, para que a singularidade do usuário pudesse emergir, ser reconhecida e acompanhada.

No momento de implementação das atividades propostas pelas estagiárias, estas foram entendidas pela equipe como algo que iria atrapalhar a dinâmica daquele serviço, pois propunham algo que supostamente seria “impossível” de ser realizado perante as dificuldades vividas no cotidiano do CAPS. A forma como a equipe reagiu no momento das propostas, nos fez pensar que havia o temor de que esse tipo de trabalho evidenciasse a fragilidade tanto da instituição quanto dos trabalhadores. Por isso, continuamos tentando esclarecer a importância do que estava sendo proposto, tanto para os usuários daquele serviço, que seriam convidados a experimentar novas formas de cuidado, quanto para o nosso crescimento enquanto futuras psicólogas e possíveis trabalhadoras de um serviço público de saúde. Além disso, indicamos que possuíamos respaldo para lidar com as dificuldades que porventura existissem, através das supervisões que ocorriam na universidade e, no meu caso, de análise pessoal.

Em um segundo momento, sentimos que a equipe viu nas atividades de estágio uma maneira fazer com que mantivéssemos os usuários ocupados, enquanto os profissionais realizavam atividades burocráticas ou de outra ordem. Pareciam ter a intenção de transferir, ainda que momentaneamente, as demandas que se apresentavam

como insuportáveis de lidar. Ao mesmo tempo, parecia haver o desejo implícito que as nossas propostas não alterassem suas rotinas, no sentido de que não necessitassem auxiliar-nos ou assumir alguma responsabilidade sobre elas.

Percebi que o simples fato da nossa entrada foi o suficiente para desestabilizar a ordem, pois era a primeira vez que contavam com estagiárias na equipe. E nossa presença implicava em um funcionamento de pessoas que estavam “fora e dentro” daquele serviço ao mesmo tempo, pois ao passo que trabalhávamos ali, também pertencíamos à academia e contávamos com a supervisão das nossas práticas.

Pelo que pude observar naquele CAPS, poucos eram os técnicos implicados nas diretrizes preconizadas pela RPB, e mesmo estes ainda encontravam muitas dificuldades ao lidar com os usuários. As más condições de trabalho, salários baixos, o grande número de usuários e a inadequação da formação profissional de trabalhadores da saúde mental acarretam um grande desafio para a realização de um cuidado que contemple as diretrizes da reforma psiquiátrica e do SUS como um todo.

A forma de trabalho da equipe reproduzia, em alguns momentos, o modelo médico hegemônico oriundo dos hospitais psiquiátricos. Gonçalves e Benevides de Barros (2013) fazem uma ressalva quanto a isso, apontando que quando os serviços se fecham em único saber, há risco de cronificação das práticas, o que ocorre também se as equipes permanecerem fechadas dentro de seu próprio serviço, buscando adaptar os pacientes a seus próprios modelos terapêuticos, ao invés de trabalhar em rede. O CAPS em questão parecia fechar-se em si, apresentando-se como um dispositivo de pouca articulação em rede, e de mera reprodução e valorização de práticas manicomialis.

Entretanto, ainda que com dificuldade, entendemos que a abertura do serviço para estagiárias de psicologia já era uma forma de se abrir à novos olhares e saberes. Seguindo essa linha de raciocínio, decidimos ir adiante e sustentamos ambas as propostas com os usuários ali inseridos. O período de implantação das atividades a serem desenvolvidas e coordenadas pelas estagiárias foi muito rico, de criação conjunta e troca. Um momento em que foi possível notar a autonomia dos usuários, sendo possível notar que havia desejo por parte dos usuários e que estes só precisavam de espaço para que isso pudesse emergir.

Ao final de cada atividade, pedíamos *feedback* dos sujeitos que participaram das oficinas e dos ATs. De forma unânime, as atividades ao ar livre (no pátio do CAPS) e as fora do serviço foram destacadas como algo positivo, importante, inovador e que “*deveria ter mais*”. Além disso, os usuários nos permitiram perceber o quanto valorizavam o fato de terem participado da construção das oficinas terapêuticas como sujeitos ativos e

implicados, e não meros expectadores, e que muitas vezes iam ao CAPS para “*fazer nada*” ou “*fazer sempre a mesma coisa*”.

Aqui entende-se o cuidado a partir de uma perspectiva integral e ampliada, e não só como oferta de refeições, dispensação de medicamentos ou resolução de questões burocráticas. As atividades que o serviço oferece e a relação entre equipe-usuários compõem o todo do cuidado. A partir da nossa disposição e implicação foi possível realizar um bom trabalho e driblar a escassez de recursos com que os serviços públicos costumam lidar diariamente.

Estas questões permaneceram comigo durante os últimos anos, e foram amadurecendo durante o ano (2016-2017) de realização da minha especialização em Psicologia Hospitalar na Área de Infectologia, realizada no Instituto Nacional de Infectologia da Fiocruz. Serviço público, onde novamente me deparei com os desafios que instituições dominadas pelo saber médico-hegemônico possuem, ainda que voltadas para outro público.

Sabe-se que, inicialmente, o CAPS surgiu como alternativa ao hospital psiquiátrico, mas, como ocorre em todas as experiências de implantação de políticas e serviços, são inevitáveis algumas diferenças entre o prescrito ou o ideal e aquilo que se materializa no cotidiano assistencial. O que não foi diferente em relação ao CAPS supracitado. Entretanto, com todos os limites que este serviço possa ter apresentado, muitos encontros eram possíveis. O CAPS é localizado em um bairro conhecido do município e próximo à uma estação de trem, ponto de ônibus e de uma praça central, o que permitia que os usuários circulassem pela cidade e acessassem ao local com certa autonomia. Além disso, é perto de outros serviços, como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e a unidade de emergência da região, bem como de estabelecimentos comerciais e igrejas, o que permite circulação e troca com outros membros da comunidade.

A partir disso, entramos na segunda justificativa para esta pesquisa, que se refere ao fato de que o planejamento de políticas públicas de saúde, bem como o da organização do cuidado, exigem o conhecimento do modo como esse cuidado vem sendo entendido pelos profissionais, familiares e usuários do CAPS, e como ele, de fato, vem sendo exercido. É através do reconhecimento destas características e de suas necessidades, limites e possibilidades que se pode pensar em propor intervenções e modificações.

O resultado da busca pode servir como um avaliador, ao passo que visa demonstrar o que tem sido produzido no cotidiano dos CAPS. A RPB preconiza que o cuidado seja

exercido de determinada forma e que as práticas e serviços possuam determinadas características, como a clínica ampliada, o incentivo à participação de usuários e familiares, estímulo de autonomia, atuação em rede, etc - tudo isso em prol da promoção de saúde.

Outra questão relevante é que atualmente há uma tendência de redirecionamento dos investimentos federais em saúde mental com revalorização do modelo manicomial. Em 2017, a Resolução CIT No. 32/2017 e Portaria nº 3.588 promoveram alterações significativas na Política Nacional de Saúde Mental, interferindo diretamente na Rede de Atenção Psicossocial. A mudança aponta, ainda que implicitamente, o risco do fim da existência de uma rede substitutiva em saúde mental, uma vez que passou a incluir o hospitais-dia e hospitais psiquiátricos na RAPS.

Na Nota Técnica Nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, onde se explicitam essas alterações, o Ministério da Saúde afirma:

Todos os Serviços, que compõem a RAPS, são igualmente importantes e devem ser incentivados, ampliados e fortalecidos. O Ministério da Saúde não considera mais Serviços como sendo substitutos de outros, não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza. A Rede deve ser harmônica e complementar. Assim, não há mais porque se falar em “rede substitutiva”, já que nenhum Serviço substitui outro. (BRASIL, 2019, pp 3-4)

Na nota supracitada, há a afirmação de que a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de Hospitais Psiquiátricos, e que o incentivo financeiro a esses serviços visa apenas “cumprir um déficit” na cobertura assistencial, apontando seu fechamento como um equívoco da “antiga Política Nacional de Saúde Mental”. De forma grave e acusatória, a fim de justificar essas modificações covardes e violentas, atribuem à esse fato o aumento da população carcerária com transtornos mentais, além do aumento do índice de suicídio, de pacientes com transtornos mentais graves na condição de moradores de rua, aumento e proliferação do que eles chamam de “cracolândias”, aumento da mortalidade de pacientes com transtornos mentais e dependência química, principalmente de crack, aumento do afastamento do trabalho de pacientes com transtornos mentais, superlotação de Serviços de Emergência com pacientes aguardando por vagas para internação psiquiátrica. Outra mudança grave e perigosa foi a inclusão do financiamento para a compra do aparelho de Eletroconvulsoterapia (ECT) sob a justificativa de “oferecer o melhor tratamento para a população” (BRASIL, 2017).

Ocorreram também mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (Resolução CONAD 01/2018), com destaque à posição contrária à legalização das drogas

e a proposta de abstinência, completamente contrária à Política de Redução de Danos (PRD).

A nota afirma que houve “ampliação da RAPS” (BRASIL, 2017). Podemos considerar isso pensando numa perspectiva da quantidade de serviços ofertados, entretanto há o que se pensar na qualidade do cuidado ofertado e o que se espera com tantas mudanças contrárias a tudo que sempre foi preconizado pela Reforma Psiquiátrica.

De acordo com resultados preliminares de um estudo – ainda não publicado – realizado pela pesquisadora Renata Weber Gonçalves, até 2001, os gastos hospitalares em saúde mental eram consistentemente superiores aos extra-hospitalares. A partir de 2006, os gastos com esse segundo grupo tornam-se maiores, em acordo com o processo de desinternação, hospital-dia e reintegração social. Já nos últimos anos, os gastos se estabilizaram com 88% dos gastos fora do hospital e 12% hospitalar. Isso é preocupante, porque a transição brasileira do modelo hospitalar para o comunitário ainda não foi concluída, aponta.

De forma a analisar esses dados de maneira mais profunda, a pesquisadora fez um cálculo de gastos com saúde mental por pessoa e o percentual da saúde mental nos gastos totais da saúde. Em 2001, os gastos em saúde mental representavam apenas 2,7%, porcentagem que se apresentou ainda menor em 2019, apontando para apenas 2,1%. Renata afirma que para países que estão em transição do modelo, a perda de recursos é real e traduzida na diferença entre o número de precisam dessa assistência e o número de pessoas que recebem efetivamente esse cuidado. Sua pesquisa aponta também que a linha dos gastos federais com comunidades terapêuticas, mostrando que ela varia de acordo com o gestor, subindo e descendo ao longo dos anos.

A partir de todas as alterações que vem se fazendo nas políticas públicas de saúde mental, juntamente com os dados apontados na referida pesquisa, é possível considerar que a transição do modelo hospitalar para o comunitário de fato não se conclua, pelo menos não na atual configuração e modelo de gestão. Cabe a nós questionar a quem interessa essa “nova política” que caminha em direção a segregação, exclusão, conservadorismo, silenciamento e doutrinação de corpos e vidas.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 DA REFORMA PSIQUIÁTRICA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO BRASIL

Para iniciarmos esse capítulo, pretendemos percorrer um breve caminho sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPB) a partir da década de 70, apresentando alguns elementos históricos que antecederam esse período e os conceitos e valores que caracterizam a reforma no país. Para isso, passaremos por alguns de seus principais marcos, desde as experiências inaugurais dos serviços até a promulgação da Lei de Saúde Mental, em abril de 2001. Além disso, discorreremos acerca do início do processo de substituição asilar no país até as mais recentes portarias, a fim de mostrar como vem se configurando as tendências atuais das políticas públicas de saúde mental.

Primeiramente, Tenório (2002) nos traz uma ressalva importante ao dizer que antes do surgimento do que entendemos como RPB, houve iniciativas de reformismo no campo da saúde mental brasileira como, por exemplo, através do movimento da psiquiatria comunitária. Entretanto, esta e outras propostas abordavam o modelo asilar, a partir de propostas, em geral, apenas de aperfeiçoamento ou humanização do asilo.

Ainda segundo o autor, a diferença entre os movimentos anteriores e o processo de RPB, que data da segunda metade da década de 1970, é a inflexão que passa a ser dada à noção de reforma. Passam a se condenar os efeitos da normatização e do controle, o que incide diretamente sobre os pressupostos da psiquiatria. A RPB surge em um contexto de restauração democrática do país e tem como valor fundante e organizador o resgate dos direitos/cidadania do louco (TENÓRIO, 2002).

Neste sentido, Amarante (1995) define a RPB como

o processo histórico de formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (Amarante, 1995, p. 91).

É importante lembrar que na década de 70, o Brasil vivia um momento ímpar na história do país, sendo governado a partir de um Estado autoritário. Nesse contexto, surgem críticas e, também, novas propostas de superação da ineficiência da assistência pública em saúde e do caráter privatista da política de saúde do poder central. Se constitui,

então, o que vem a se chamar Movimento da Reforma Sanitária (MRS) que lutava pela reformulação do sistema nacional de saúde (SNS).

Devido às denúncias de fraude no sistema de financiamento dos serviços, colocou-se o foco na administração e planejamento dos serviços e na ampliação à assistência em saúde. A aposta era de que uma gerência honesta e competente dos recursos da ciência médica pela gestão pública, resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico (TENÓRIO, 2002).

Além dessas, havia denúncias de abandono, violência e maus tratos aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos do país. Observe que, em um momento inicial, a crítica não era direcionada aos pressupostos do asilo e da psiquiatria, e sim a seus excessos, o que posteriormente se modifica, como Tenório (2002) aponta:

Em 1978, é criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário, o MTSM alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definitivamente antimanicomial (Tenório, 2002, p. 32).

Um pouco mais à frente, a década de 80 contou com três processos importantes para o amadurecimento da RPB tal qual proposta: a ampliação de atores envolvidos no processo, a iniciativa de reformulação legislativa e as primeiras experiências institucionais bem-sucedidas no Brasil.

Podemos citar dois momentos marcantes para a ampliação do escopo da RPB e para a inclusão de novos personagens nessa luta. O primeiro foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), na qual ficou claro que o movimento sanitarista não mais buscava só a estruturação de um novo sistema de saúde, mas iniciava-se também uma luta em prol da desconstrução da loucura, no que diz respeito à cultura, cotidiano e mentalidade a respeito dela. Este evento foi responsável pela participação de profissionais da SM e pela mudança semântica ao se referir aos pacientes, que passaram então a ser chamados de “usuários”, ao passo que começaram a ocupar outro lugar, o de (também) protagonistas dessa história. O segundo, foi o II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental (ENTSM), originado a partir da conferência (TENÓRIO, 2002).

Além disso, foi instituído o dia 18 de maio, como sendo o Dia da Luta Antimanicomial, a fim de chamar atenção de outras parcelas da população a respeito da causa. Ao mesmo tempo, iniciaram-se questionamentos sobre as estruturas de cuidado, seguidos de apontamentos sobre a necessidade de ao invés de aperfeiçoar as estruturas físicas, como hospitais psiquiátricos e ambulatórios, construir novos dispositivos e

tecnologias de cuidado, cujo objetivo seria substituir a psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou territorial. Este foi o início da consolidação do processo da RPB (TENÓRIO, 2002).

Esse processo desdobrou-se em um campo heterogêneo de saberes e práticas, constituído através de histórias de luta, envolvendo diversos atores, mobilizações, disputas e rupturas. Foi denominado mais tarde por Amarante (2007), como um processo social e complexo, que abarca quatro dimensões que serão aqui apresentadas: Teórico-conceitual, Técnico-assistencial, Jurídico-político e Sociocultural.

A primeira dimensão, que também pode ser chamada de epistemológica, refere-se ao que já havíamos anunciado acima: a produção de conhecimentos que fundamentam e autorizam o saber/fazer da psiquiatria clássica. Esta define sob quais bases conceituais e teóricas seus objetos foram definidos e quais ferramentas permitem compreender e conhecer a realidade. E através da desconstrução e reconstrução destes conceitos (saúde mental, comunidade, normalidade) que permeavam o saber médico-hegemônico, é que seria possível a construção de um novo paradigma. É importante ressaltar que estes conceitos devem ser formulados e avaliados a partir do contexto atual – que perpassa pelo cenário político-econômico, cultura, religião – de forma que não fiquem engessados e se permitam modificações ao longo do tempo.

Franco Basaglia faz uma crítica à psiquiatria clássica, sustentada pela ciência positivista, ao apontar que esta se ocupou apenas da doença e desconsiderou o sujeito acometido por ela. Ao considerar a doença como um objeto natural, externo ao homem, a dividiu em diversos tipos, atribuindo diferentes características, curso ou prognóstico, de acordo com idade, sexo ou classe social, sem considerar a complexidade do meio no qual os sujeitos estavam inseridos (AMARANTE, 2007).

Com base nesse raciocínio, propôs uma mudança: que a psiquiatria passasse a se ocupar do sujeito em sua experiência, única e singular, o que ele chamou de colocar “a doença entre parênteses”. É importante ressaltar que isto não significa negar a existência da doença, e sim um rompimento com um modelo reducionista, que desconsiderava a (inter)subjetividade e coisificava o sujeito e a experiência humana.

Seguindo esta lógica, no campo da saúde mental prefere-se usar o termo “sujeitos *em* sofrimento” psíquico ou mental, pois nos remete a pensar *em* um sujeito que sofre, *em* uma experiência do sujeito. A partir dessa definição, é possível considerar o sujeito em vários aspectos da sua vida, como no cotidiano, no trabalho, em suas relações sociais, o

que nos possibilita pensar num conceito ampliado de integralidade no campo de saúde mental e atenção psicossocial.

A segunda dimensão refere-se, então, à reformulação da assistência. Neste cenário, não deve haver mais espaço para serviços em que se reproduzam vigilância, segregação e exclusão. Então, também na década de 80, são construídos os primeiros serviços brasileiros, sob a lógica da RPB. É implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil, o CAPS Luiz de Cerqueira, localizado em São Paulo, capital. Neste período é implantado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Bauru (LANCETTI, 2014). Sua implementação, juntamente com a experiência de intervenção e fechamento de um grande hospital psiquiátrico em Santos (litoral de São Paulo) – Casa de Saúde Anchieta – são marcos históricos do processo de lidar com a loucura fora do manicômio. A partir de então, Santos também começa a contar com a abertura de NAPS, dispositivos que funcionavam 24 horas que nasceram com forte lógica antimanicomial. Além de terem sido criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. Foi o início da luta pela consolidação de uma rede de atenção psicossocial (TENÓRIO, 2002).

Para tal, foi necessário iniciar um processo de revisão legislativa, o que abarca a dimensão jurídico-política. Em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no Congresso Nacional à um Projeto de Lei (PL), que propunha a regulamentação dos direitos de pessoas com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Isso caracterizou um marco importante no início das lutas pela RPB nos campos legislativo e normativo.

A partir da década de 90, a luta dos movimentos sociais, impulsionada pelo PL, ganhou força e passou a ter destaque, pois demonstrava “o vigor do movimento e sua contundência na transformação da relação da sociedade com a loucura e a diferença” (AMARANTE e TORRE, 2017, p. 769). Através de eventos culturais, inserção do louco nos espaços, e lutas buscou-se uma nova forma de enxergar o louco.

Além disso, contribuiu para que fossem aprovadas em vários estados brasileiros as primeiras leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental. A partir daí a luta pela Reforma Psiquiátrica começa a ganhar contornos mais definidos. Esse momento é marcado pelo compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, quando passam a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de

atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos.

Conforme vimos, antes da aprovação da Lei 10.216, já havia serviços que se pretendiam substitutivos ao manicômio, como CAPS e NAPS. Embora as normatizações do Ministério da Saúde de 1992 regulamentassem os novos serviços de atenção diária, ainda não instituíam uma linha específica de financiamento para estes serviços. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final da década de 90, o país tinha em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a saúde mental ainda eram destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional e muita luta dos trabalhadores de saúde mental, usuários e familiares, foi promulgada, em 6 de abril de 2001, a Lei 10.216, que ficou conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira. Embora seja um substitutivo do PL original e tenha recebido vários vetos, representou um avanço importante no modelo assistencial. Esta lei redireciona a assistência em saúde mental, privilegia o oferecimento de tratamento em serviços de base comunitária, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios. A partir dela, uma série de portarias e normas foram desenvolvidas, sendo algumas de suas finalidades garantir direitos, ampliar o acesso à saúde e promover melhoria na qualidade dos tratamentos, além de viabilizar a construção de uma rede de serviços substitutivos ao modelo manicomial.

Neste sentido, Bezerra e Rinaldi (2009) apontam que:

a responsabilidade pela atenção psicossocial passa a ser atribuída a diversos tipos de serviços, em diversas localidades dentro dos municípios. Esta ampliação contrapõe-se à lógica manicomial, que definiu que, na maior parte do Brasil, os hospitais psiquiátricos ou “colônias para loucos” fossem construídos fora da cidade, fora do espaço público. A partir desta redistribuição, o hospital psiquiátrico ou a internação psiquiátrica deixa de exercer o papel principal dentro da rede de atenção psicossocial (BEZERRA e RINALDI, 2009, pp. 344 e 345).

Ainda em 2001 acontece, em Brasília, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, considerada dispositivo fundamental de participação e de controle social. Todas as suas deliberações pactuaram democraticamente os princípios, diretrizes e estratégias para a mudança da atenção em saúde mental no Brasil, tendo sido condensadas em um

Relatório Final. Neste momento, a III Conferência consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas, e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir dela são fornecidos substratos políticos e teóricos para a política de saúde mental brasileira.

A partir dos anos 2000 são criadas linhas específicas de financiamento pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, além de novos mecanismos para a fiscalização, gestão e redução progressiva de leitos psiquiátricos no país. Este processo caracteriza-se pela articulação dos governos federal, estadual, municipal e dos movimentos populares, para consolidar a transição de um modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, para um modelo de atenção aberto e de base comunitária (BRASIL, 2005).

Já a partir do ano de 2002 é possível ver um aumento progressivo dos investimentos de recursos federais, destinados a serviços de atenção comunitária/territorial, outrora voltados, quase que exclusivamente, à assistência hospitalar. Segundo o MS (2015), em 2002 a porcentagem de recursos federais destinados à serviços de base comunitária/territorial era de 24,76%, em 2007 de 63,35%, em 2012 de 77,32% e em 2013 de 79,39%, o que indica um aumento progressivo do investimento na rede substitutiva de atenção psicossocial e gradual esforço de superação do modelo centrado nos hospitais, transformando o cenário de atenção pública em saúde mental na última década. O que fica claro ao analisarmos a expansão do número de CAPS, que em 2002 era de 424, e em 2014 já contava com 2209 CAPS em todo o Brasil. Não foram encontrados dados mais atuais, de fácil acesso, no site do Ministério de Saúde.

O investimento foi aumentando ao longo dos anos, ao passo que foi consolidada e instituída, então, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Sua proposta é a de garantir a livre circulação de pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade. A RAPS estabelece os pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais e, inclui também, aquelas afetadas pelos efeitos nocivos do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), e os leitos de

atenção integral (em Hospitais Gerais e nos CAPS III). A RAPS está presente na atenção básica, na urgência e emergência e nas estratégias de desinstitucionalização, que incluem o Programa de Volta para Casa (PVC), programa que oferece benefícios para pacientes egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos, e nas estratégias de reabilitação psicossocial, como iniciativas de geração de renda e cooperativas sociais.

#### Este aumento significativo de recursos destinados aos serviços da RAPS

reafirma o compromisso da gestão federal com a oferta de cuidado diversificada e qualificada, que proporcione o exercício dos direitos civis, acesso ao trabalho, educação, cultura e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Trata-se de investimento dos recursos federais em dispositivos mais eficientes, resolutivos, acessíveis e pautados nos direitos humanos (BRASIL, 2015, p. 18).

É interessante ressaltar que a região que inspirou o presente estudo passou pelo desmonte do maior hospital psiquiátrico da América Latina, a Casa de Saúde Dr. Eiras. Vale destacar que o movimento de desinstitucionalização no município – assim como deveria ser – foi para além do fechamento dos manicômios da cidade. Ele veio propor uma mudança na relação da população com o louco, buscando reinseri-lo nos espaços públicos, promovendo trocas e autonomia.

Entretanto, embora a proposta tenha alcançado grande parte da população, cabe pensar que muitos desses moradores são ex funcionários dos hospitais psiquiátricos ou tiveram contato com a lógica de funcionamento hospitalocêntrica que permeou a região por tantos anos. Configurou-se, então, um paradoxo, pois os próprios profissionais de saúde mental pareciam não ter claro o modo como operariam essa nova proposta de cuidado, tanto no que diz respeito a suas possibilidades quanto aos limites para exercê-lo.

Para além disso, recentes mudanças na legislação reforçam a preocupação com a reprodução da lógica manicomial observada nos serviços de todo o país. Em fevereiro deste ano, foi lançada a nota técnica N° 11/2019, cujo objetivo era o de esclarecer sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, apontando as mudanças ocorridas nas portarias (BRASIL, 2019). Passaram a ser incluídos como serviços da RAPS o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas. A nota ressalta que todos os serviços devem ser incentivados e fortalecidos, não fomentando mais o fechamento de unidades de qualquer natureza. Sendo assim, não há mais que se falar em “rede substitutiva”, visto que nenhum serviço deve substituir o outro, e sim complementar.

As recentes mudanças representam um enorme retrocesso na história do movimento da Reforma Psiquiátrica, que desde a década de 70 vem apresentando críticas radicais ao manicômio, ao totalitarismo das instituições psiquiátricas e propondo a invenção de novas instituições, de novas formas de produzir o cuidado em saúde mental. Ideais atravessados também, e tão importante quanto, pela *dimensão socio cultural*, que visava transformar o imaginário social relacionado à loucura, alterando as relações entre sociedade e loucura, doença mental e anormalidade.

Alguns dos dispositivos usados para isso foram as ações culturais e artísticas produzidas pelos envolvidos no campo: usuários, familiares, profissionais, estudantes, artistas, unidos por um desejo utópico de mudar o mundo. A instituição do 18 de maio como o Dia da Luta Antimanicomial configura-se como uma celebração-intervenção, que propõe a abertura de um espaço da sociedade para olhar a alteridade, favorecendo a mudança de uma lógica. Amarante (2007) faz uma relação de produções criadas a partir de serviços de saúde mental ou de associações de usuários e familiares, como blocos de carnaval, programas de rádio e TV, grupos de teatro etc. Além disso, outras expressões artísticas também retomam e possibilitam o diálogo com a loucura, como documentários, filmes e artes plásticas.

Os serviços de saúde mental – em sua configuração anterior – trazem consigo essa potencialidade estratégica vital: abrir-se para o mundo, considerar a existência de um “fora” serviço que necessita ser conquistado, e para isso, é necessário diálogo. Diálogo requer visibilidade. Ao nos depararmos com o retorno do hospital psiquiátrico como dispositivo central no tratamento da loucura, fica o questionamento: como dialogar com um serviço que olha para dentro e com uma lógica que se fecha em si mesma?

### 3.2 UMA DISCUSSÃO SOBRE CUIDADO EM SAÚDE

O objetivo deste subcapítulo é apresentar algumas ideias sobre cuidado com os quais nos identificamos e iremos trabalhar ao longo do projeto. Escolhemos os autores cujos conceitos nos ajudam a pensar o cuidado de forma integral, considerando a singularidade do sujeito e todas as suas dimensões (psíquica, física, social, espiritual) bem como alguns aspectos das dimensões socioculturais da atenção em saúde.

### 3.2.1 O Cuidado ou a Clínica em Saúde Coletiva

Ao falar de cuidado em saúde coletiva, um autor importante é Luis Carlos Cecílio. Num de seus artigos, Cecílio (2009) busca fazer um paralelo entre o conto de Leon Tolstói, *A morte de Ivan Ilitch*, e as dimensões da gestão de cuidado em saúde (profissional, organizacional e sistêmica). O autor reconhece que não há uma hierarquia ou grau de importância entre as dimensões, entretanto, aposta na relação entre profissional-paciente como chave para pautar estratégias no que se refere às práticas de saúde.

Para o autor, ao pensar no processo de adoecimento, algumas características surgem como marcantes, entre as quais se destacam a dor e a perda de autonomia, que implicam em uma perda de controle do doente sobre seu modo singular de viver e no medo da morte. Ambas vêm atreladas a sentimentos de desamparo e solidão, geralmente advindos de uma dificuldade do usuário dos serviços de saúde em se comunicar e se fazer entender para o outro, em especial o profissional de saúde (CECÍLIO, 2009).

Relacionado à essa incomunicabilidade, pode-se destacar o linguajar técnico com que os profissionais de saúde (em especial os médicos) insistem em falar com os usuários dos serviços de saúde, e o que parece ser sua única preocupação: a busca para encontrar um diagnóstico e um tratamento correspondente. Frente a isso, é comum que haja uma desconsideração nos diversos modos de cuidar encontrados por aqueles que sofrem de alguma morbidade, pois muitas vezes o saber médico científico é tido como o único possível de promover cuidado (CECÍLIO, 2009).

Cecílio (2009) refere a micropolítica das organizações de saúde como sendo um conjunto de relações composto por vários atores organizacionais, que vão desde os trabalhadores até os usuários. Essa rede é complexa e mutante, sendo atravessada por relações dicotômicas de poder: irracionalidade x racionalidade, liberdade x determinação, mudança x conservação. É na micropolítica que se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central dela. Dentro desta teia complexa, os modos de cuidar precisam ser reinventados constantemente, visto que muitas vezes as práticas de cuidado orientadas pelo discurso médico hegemônico não suprem as demandas daquele que necessita ser cuidado, pois não levam em consideração aspectos sociais e subjetivos daqueles sujeitos, que também possuem um dizer sobre seu tratamento. Essa ideia vem ao encontro com o que Cecílio (2009) chama de nova “tecnologia do cuidado”, cuidado que surge do gesto, do contato físico e da escuta de quem cuida. Isso só é possível a partir da potência do

encontro, das invenções que o encontro propicia, da criação do par, em ato, o que Cecílio chama de “tecnologia levíssima de cuidado” (CECÍLIO, 2009, p. 548).

Este encontro entre trabalhador-usuário representa a *primeira* de um conjunto de três dimensões de cuidado consideradas por Cecílio (2009). Ela engloba três componentes essenciais: a postura ética, o domínio técnico-científico apresentado pelo trabalhador e a capacidade de criação de vínculo com o paciente. Mehry (2007) defende que todo serviço de saúde tem potência para ser palco desses encontros, para a possibilidade de criação e de valorização da singularidade. Entretanto, há de se considerar a dificuldade das equipes e compreender que nem sempre esses encontros ocorrem da forma como se espera, pois cuidar demanda muito do trabalhador e nem todos se sentem tecnicamente preparados ou disponíveis emocionalmente.

Pautando-se numa perspectiva teórica distinta, a psicanálise, Figueiredo (2014) comenta sobre uma “crise de cuidadores” para se referir justamente ao fato de poucos sujeitos se considerarem aptos a cuidar e os que o fazem, muitas vezes, reproduzirem comportamento estereotipados. Infelizmente, é um cenário ainda comum nos dispositivos de saúde, visto que muitas vezes os profissionais não contam com suporte de quaisquer tipos para desenvolver capacidade técnica ou lidar com os afetos oriundos do trabalho.

É interessante ressaltar que Figueiredo (2014) se refere à uma crise de cuidadores no geral, então podemos supor que, se isso acontece na sociedade como um todo, há a tendência que isso se reproduza no campo de saúde, sobretudo quando este não oferece oportunidades para que os profissionais lidem com as dificuldades próprias aos encontros intersubjetivos e ao contato com a dor e o sofrimento. Dito isso, recorreremos aqui à Onocko Campos (2005) e abriremos um parêntese para fazer certa ponderação à consideração de Merhy (2007), de que todos os encontros tendem a ser naturalmente bons, por serem encontros.

A autora aponta que o trabalho em saúde é produtor de sofrimento, na medida em que coloca os profissionais a lidarem, constantemente, com a dor (física e psíquica) e com a morte (também física e psíquica). Somado a esse sofrimento inexorável, o trabalhador também sofre ao se deparar com contextos de trabalho que apresentam entraves para a realização de suas atividades, sejam eles a falta de recursos humanos, de materiais ou por excesso de autoritarismo gerencial. Há um sofrimento inerente ao trabalho em saúde, ainda que este trabalho seja desenvolvido em condições adequadas. A partir disso, os sujeitos acabam recorrendo a estratégias defensivas para atenuar o sofrimento psíquico,

sendo algumas delas: apelo excessivo à ideologização, somatização ou burocratização (ONOCKO CAMPOS, 2005).

Muitos dos sintomas institucionais são reflexo da própria realidade do trabalho, como contato permanente com a dor, a morte e a pobreza, juntamente com a dificuldade de simbolização que essas situações nos provocam (ONOCKO CAMPOS, 2005). Cenário bastante comum nos serviços públicos de saúde, especialmente naqueles de saúde mental.

Além disso, nos equipamentos de saúde e educação acontecem processos identificatórios entre trabalhadores e usuários. Se a população da área de abrangência é vista como pobre, desvalida, desrespeitada, sem valor, após um tempo, a própria equipe pode se sentir assim, uma vez identificada com a miserabilidade e a impotência. Esses mecanismos podem estar por trás do sentimento de impotência que acomete as equipes e causam seu adoecimento. Além disso, pode acontecer de os profissionais criarem uma barreira entre o “nós” e os “outros” numa tentativa de se defenderem daquilo que lhes causa sofrimento. Ou, pior ainda, podem se tornar agressivos e retaliadores com os usuários. Através dessa perspectiva, é possível entender o encontro trabalhador-usuário como um “espaço onde possa acontecer alguma coisa” (ONOCKO CAMPOS, 2005, p. 577).

Retomando a leitura de Cecílio sobre as dimensões do cuidado, a segunda dimensão refere-se à organização e às divisões técnica e social de trabalho em saúde, o que implica em complexos processos de coordenação de múltiplas práticas profissionais. A divisão técnica implica na fragmentação da prática e exige um esforço de coordenação e comunicação entre os profissionais. Já a divisão social implica em tensões entre os membros da equipe, cujos motivos vão desde a desvalorização das categorias, diferença de status até a diferença na remuneração (CECÍLIO, 2009).

A terceira e última dimensão pode ser entendida como o conjunto de serviços de saúde, suas diferentes funções e diferentes graus de tecnologia, e os fluxos estabelecidos entre eles. O autor aponta que estes fluxos são definidos por protocolos, sistemas de vagas e de marcação de consultas, tecnologias que visam garantir o acesso que os usuários necessitam. Há a necessidade da operacionalização e formalização dos processos, para que a rede possa se articular em seus diversos níveis de complexidade e complementariedade, e assim os usuários consigam circular. Neste sentido, Cecílio (2009) nomeia a dimensão profissional como “núcleo duro”, visto que dentro dos serviços esta vem sendo pautada por protocolos, normas, regras, e outras estratégias a fim de

modelar o comportamento do profissional e verificar critérios de eficácia e eficiência (CECÍLIO, 2009).

É importante salientar que Cecílio (2009) não é contrário à aplicação das tecnologias duras, mas ressalta a importância de que as tecnologias leves sejam hegemônicas, garantindo a integralidade do atendimento e aprimorando a resolutividade das demandas. Assim, o encaminhamento e acompanhamento dos usuários que necessitem de tecnologias duras serão aprimorados e bem direcionados, com fluidez, diminuindo gastos exorbitantes do sistema de saúde com tecnologias duras que nem sempre são eficazes.

A partir disso, Cecílio (2009) propõe a melhoria da produção do cuidado integral à saúde do usuário e sugere a reorganização da prática do cuidado, que passa por um remodelamento dos processos de trabalho, com a incrementação das práticas de vinculação da equipe ao usuário, responsabilização dos profissionais de saúde pelo cuidado à saúde do usuário e amplificação do acolhimento.

Segundo Cecílio (2009) os desafios da dimensão profissional na estratégia de gestão do cuidado são: a articulação entre as dimensões organizacional e sistêmica, (para que se conformem sistemas de saúde minimamente estruturados, que deem conta das necessidades dos usuários e dos profissionais), e o desenvolvimento de estratégias específicas para a dimensão profissional, para que se possa questioná-la e para que, ao se pensar em políticas de saúde, tanto no âmbito público como no privado, esta dimensão seja considerada.

Há duas formas de enfrentamento dessa questão: as estratégias instrumentais e as de base comunicativa. As primeiras são vistas como meios para o alcance de determinados fins como variáveis, resultados, projetos ou políticas estabelecidas pelo gestor. Associa-se a isso um modo de gerir mais autoritário e vertical, que controla a autonomia dos trabalhadores. Já a segunda se baseia no princípio de que as finalidades, objetivos e sentidos do trabalho em saúde, assim como os meios para alcançá-los devem ser construídos coletivamente entre os atores, com foco na co-gestão dos serviços pelos trabalhadores e pela direção. Pode ser associada a uma forma mais democrática e participativa de fazer gestão (CECÍLIO, 2009; CAMPOS, 2006).

Vieira e Carvalho (1999 apud Cecílio 2009) afirmam que há uma maior utilização de modelos gerenciais pautados no uso intensivo de informação e processos de avaliação, uma protocolização e regulamentação dos processos de trabalho, preocupação com

sensibilização, educação continuada dos trabalhadores e avanço do gerencialismo. Entende-se como gerencialismo a “*adoção de métodos e práticas de gestão do setor privado no setor público, tudo isso caracterizando o que alguns autores têm chamado da racionalização crescente das práticas de saúde*” (CARAPINHEIRO, 1998 apud CECÍLIO, 2009, p. 552).

Cecílio (2009) aponta ainda que práticas gerenciais demonstram ser a única resposta frente à deterioração das relações nos serviços de saúde. As práticas de cuidado estão cada vez mais serializadas e impessoais, predominando uma baixa capacidade de dar respostas mais complexas a determinadas necessidades de saúde dos usuários. No entanto, é necessária atenção, pois respostas gerenciais e instrumentais podem oferecer resultados em curto prazo, mas há dúvida do que este gerencialismo pode fazer a longo prazo e se podem contribuir quanto à potência, criação e reinvenção do humano (CECÍLIO, 2009).

No campo da saúde coletiva, outra referência importante é o de *clínica ampliada* (também chamada de clínica do sujeito), trazida por Campos (2003). O autor faz uma crítica ao funcionamento da *clínica oficial* (também referida por ele como clínica clínica), que ao longo de muitos anos trabalhou de forma a excluir as diversas dimensões que atravessam o humano, reduzindo-o apenas à sua enfermidade, de forma que não se conformavam diálogos entre o corpo físico e as dimensões (inter)sujeitiva e social. O que implica numa desresponsabilização do profissional para com a integralidade do cuidado.

O autor aponta que há também uma *clínica degradada*, reconhecendo que contextos socioeconômicos específicos podem exercer uma determinação absoluta sobre a prática clínica, visto que esta teria sua potencialidade para resolver problemas reduzida. Ou seja, essa degradação implica em limites externos impostos à clínica, geralmente decorrentes de interesses econômicos ou por políticas de saúde inadequadas (CAMPOS, 2003).

Dessa forma, há um empobrecimento da clínica que, além de não considerar os impactos do adoecimento como um todo, perde a capacidade de resolver problemas estritamente clínicos. Campos (2003) sugere então uma ampliação do que se conhece como clínica, a partir da inclusão do sujeito e seu contexto na enfermidade que o atinge. Dito isso é importante ressaltar que é uma ampliação e não uma troca de objetos a serem investigados e investidos. Considerar a doença é inclusive importante para pensar a que tipo de clínica deve-se recorrer. É possível pensarmos que em casos de doenças crônicas de longa duração e, em geral, incuráveis, as pessoas dependerão de algum tipo de apoio

técnico (medicação, hormônios, insulinas, reabilitação física, etc), além de estarem sujeitas a variações de humor em decorrência de suas enfermidades, costumam ser pessoas que estão mais expostas às dificuldades do contexto e que se beneficiam de programas sociais específicos (CAMPOS, 2003).

Interessante também ressaltar que, embora doenças possam ser semelhantes do ponto de vista classificatório, elas podem incidir de forma muito particular conforme a história e os recursos subjetivos e materiais de cada sujeito. Campos (2003) aponta que os serviços de saúde deveriam operar de forma suficiente para dar conta dessa variedade.

Sabe-se que toda ação de saúde consiste numa prática submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos, entretanto, as organizações de saúde podem criar ambientes e situações mais ou menos protegidos desses fatores. Se estas priorizam que suas práticas respondam a interesses econômicos ou políticos, ao invés da cura e da reabilitação de pessoas, haverá uma influência tanto na forma como os serviços se configuram quanto nas práticas de cuidado. Minha experiência anterior de atuação no serviço que inspirou essa dissertação parecia priorizar esse modelo.

Dito isso, é importante que, enquanto profissionais de saúde, continuemos questionando de que forma o cuidado vem se configurando nos serviços, para que parem de se reproduzir comportamentos enrijecidos e lógicas atravessadas única e exclusivamente por práticas não somente médico-centradas, como fragmentadas, que não consideram a complexidade das necessidades dos usuários e acabam por não produzir um cuidado integral (CAMPOS, 2003); práticas pautadas pela necessidade de aumento da produção de procedimentos que, embora eficazes para determinados problemas de saúde, não se configuram, isoladamente, como cuidado integral.

Além disso, tal reducionismo pode trazer outras consequências negativas, como abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura – frequentemente confundida com a simples eliminação de sintomas e diretamente correlacionadas com lesões anatômicas ou funcionais, ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção e prevenção de saúde, quanto as de reabilitação.

Campos (2006) nos indica que é possível pensar em alguns arranjos que potencializem a ampliação da clínica. Dois grandes passos seriam: primeiramente, pensar em uma organização de trabalho que facilite a construção de vínculos, relação horizontal e a definição de responsabilidade clínica entre os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. E, também, desenvolver mecanismos que avancem na democratização das organizações de saúde, de forma que se permita o compartilhamento da gestão em todas

as etapas, tarefa difícil, que exige desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos com o processo.

O aumento do número de profissionais que agem de forma fragmentada dificulta a construção de vínculo e a responsabilidade sanitária, e acaba dificultando a clínica compartilhada. Além da sobrecarga advinda do excesso de demanda de trabalho e dos múltiplos empregos que comumente os profissionais têm. Protocolização, gerência de casos com exclusão dos clínicos, gestão com base em resultados ou metas, são linhas de reformulação da gestão voltadas para o controle externo dos profissionais, através de uma racionalidade que vem da diminuição do poder e da autonomia dos profissionais sobre a condução de casos.

Campos (2006) propõe mudanças organizacionais que misturem métodos de padronização com outros que propiciem uma clínica singular, através da combinação de elementos biológicos, psíquicos e sociais. Além das dificuldades inerentes às instituições, há um outro desafio posto: a ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços de saúde, em prol de uma prática compartilhada do trabalho em saúde. Entretanto, há arranjos que podem ser feitos para que isso seja possível: assegurar aos usuários acessos à informação sobre política, gestão e processo saúde/doença e considerar a capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção são dois exemplos disso.

A leitura psicanalítica, tal como organizada por Figueiredo, autor que pauta suas ideias, principalmente nas contribuições de Winnicott e Bion, pode oferecer alguns suportes ao manejo do trabalho com as dimensões intersubjetivas da clínica ampliada, ou do cuidado em saúde.

O autor aponta que esse tipo de trabalho exige implicação do sujeito que cuida, ou seja, é necessário que este esteja envolvido e preocupado com as necessidades do usuário e, também, disponível para ajudá-lo. No entanto, Figueiredo (2014) ressalta que isso se dá a partir de uma posição paradoxal do profissional, que seria de estar implicado, mas também reservado em relação ao seu paciente. Ambas as posições – implicação e reserva – são igualmente fundamentais. Com base nessa postura, o autor destaca três modalidades de cuidado, que descreverei a seguir.

Primeiramente, a função do agente de cuidado seria *sustentar e conter*. Figueiredo (2014) compara essa função ao *holding* oferecido ao bebê possibilitando-lhe a sensação de continuidade da existência. O autor lembra que durante a vida essa continuidade não está assegurada, devido às nossas necessidades e desejos e às relações com os outros, que sempre podem nos surpreender, interrompendo a continuidade do modo como vínhamos

sendo e provocando crises que nos fazem precisar de cuidados. Então, é papel do agente de cuidados dar suporte ao indivíduo, ou como Figueiredo (2014) coloca, é necessário “segurar a barra” junto dele.

O autor destaca que embora famílias e instituições sejam os atores que oferecem, naturalmente, suporte ao longo da vida, um indivíduo sozinho pode ser um agente de holding muito poderoso, pois, ao ser cuidado, ele introjeta a capacidade de se cuidar e de cuidar do outro. A continência, da mesma forma, pode ser administrada por famílias e instituições e, também, por agentes isolados, que atuam no sentido de alguém que pode

nos ajudar nessas transformações, ajudando a sonhar, ajudando a dar forma, colorido, palavra e voz aos estratos mais profundos do psiquismo. Estas são formas extraordinariamente importantes do cuidar. Quando nos faltam, sofremos com a sobrecarga de experiências emocionais obscuras e perturbadoras (FIGUEIREDO, 2014, p. 137).

Uma outra modalidade é o *reconhecer*, que é uma função tão discreta, que muitas vezes passa despercebida. Por possuir essa característica, acaba sendo pouco valorizada, e só notada em sua ausência. Ela fala de prestar atenção no outro, reconhecendo sua singularidade e funciona também como uma espécie de espelho, oferecendo ao sujeito a imagem que se tem dele. Esse reconhecimento é necessário para que o sujeito reconheça a si mesmo, aproximando-se de seus recursos pessoais.

Finalmente, falamos do interpelar, que equivale à uma espécie de intimação. Chamar pelo nome, como dito acima, é a forma mais primitiva de interpelação. É necessário chamar à vida, chamar à ordem, chamar às falas, sendo isto “tão necessárias aos processos de constituição psíquica e narcísica quanto as funções do acolhimento e do reconhecimento vistas anteriormente.” (Figueiredo, 2014, p. 139). Quem cuida é alguém que desafia, mas ao mesmo tempo seduz, no sentido de esperar uma resposta do sujeito. O profissional acolhe e reconhece seu paciente, mas, quando já se faz possível, chama-o para que também cuide de si mesmo, para que desenvolva algum grau de independência.

Entretanto, há uma linha tênue entre esse cuidado implicado e o excesso de implicação. Ao passo que aquele que cuida, sufoca, tutela, polícia demais, pode causar um estado de alienação e até uma espécie de trauma a quem o cuidado está direcionado. É fundamental que se encontre um equilíbrio entre essas três funções do cuidar: sustentar (e conter), reconhecer e interpelar. Ao mesmo tempo que o cuidador deve se encontrar implicado, ele deve também estar em reserva.

Esta visão que Figueiredo nos traz é importante, pois permite pensar a forma com que os agentes de cuidado dos serviços de saúde deveriam atuar, a fim de não reproduzir uma lógica cronificadora. É necessário que exista um *espaço vital*, livre e vazio, para que o sujeito possa experimentar sua capacidade de brincar, alucinar, pensar e criar um mundo de acordo com suas possibilidades, o que requer um tempo próprio e fazeres únicos para cada sujeito (FIGUEIREDO, 2014).

Figueiredo (2014) aponta que uma das metas do agente de cuidado é desenvolver capacidades cuidadoras no sujeito que está sendo cuidado, entretanto, sem deixar ser tomado pelos excessos da implicação e seus riscos, como o de exagerar ou dominar. O autor indica que cuidadores maníacos ou sádicos geram sujeitos com propensão a se manter na dependência de seus cuidados e maus tratos, repetindo esse padrão em outros contextos da vida.

### 3.2.1.1 O Cuidado em Atenção Psicossocial

O cuidado atenção psicossocial se desenvolve no contexto da saúde coletiva, e abarca a lógica presente nela, porém tem suas especificidades. Existem inúmeros conceitos e formas de discutir o cuidado que surgiram a partir dos movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileira. Alguns se modificaram, outros permaneceram e são utilizados atualmente.

Para isso recorreremos a nomes como Erotildes Leal, Jairo Goldberg, Pedro Gabriel Delgado e Silvio Yasui que, a partir de referenciais teóricos distintos, apostam num “novo modo de fazer” clínica como ferramenta para o cuidado. Visão da qual compartilhamos.

Para iniciar a discussão e entender as modificações ocorridas no campo ao longo das décadas, cabe trazer algumas considerações. Primeiramente, é importante pontuar que o tratamento das pessoas em situação de sofrimento psíquico grave era concentrado no hospital, que se colocava como autoridade no tratamento (GOLDBERG, 1996). Dessa forma, o sujeito era tido como um objeto, cujo foco era o sintoma. O tratamento era baseado em práticas nos efeitos obtidos a partir de práticas tidas como científicas. Outras dimensões como a socioeconômica, cultural, espiritual não eram consideradas. O cuidado ofertado era despersonalizado e desinteressado, além de ser permeado por práticas engessadas que desconsideravam a singularidade dos usuários.

Essa configuração, segundo Goldberg (1996), apontou que determinados procedimentos adotados pela psiquiatria não apresentavam resultados satisfatórios a longo prazo para pacientes considerados graves, pois os levavam a internações em locais inadequados e por períodos extensos, além de apresentarem tratamentos centrados apenas na figura do médico, isolamento, contenção física, homogeneização das necessidades dos pacientes e no uso indiscriminado da medicação. A progressiva crítica a essa configuração, trouxe à tona a necessidade do desmonte de um saber “negativo” da psiquiatria e da abertura do campo à novos saberes.

Verificou-se nesse contexto que os profissionais da saúde mental tendiam à cristalização de procedimentos, que muitas vezes ficavam aquém ou não tinham qualquer relação com o que o paciente necessitava naquele momento. Um exemplo disso era a hierarquização de práticas que levavam à impressão que ministrar remédios era mais importante do que sair com o paciente ou do que escutá-lo. Além disso, os profissionais pareciam centrar e fixar suas práticas de cuidado apenas no que aprenderam em suas respectivas formações, como se tudo que fugisse daquele repertório fosse considerado “não tratar”. Outra questão que se mostrou relevante à época foi a convivência dos profissionais com excesso de procedimentos administrativos, burocráticos, financeiros ou de planejamento, o que implicava diretamente no cuidado aos usuários, visto que muito de sua atenção ficava voltado à essas práticas (GOLDBERG, 1996).

Os fatores relatados acima nos chamam atenção, pois foram considerados como grandes desafios a serem superados em rumo à renovação dos equipamentos públicos de saúde mental. E por renovar entendemos uma mudança não só de estrutura física, mas de lógica de funcionar, fazer e cuidar. Foi nesse contexto em que aconteceu a implementação e configuração do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, em 1986, em São Paulo. O serviço iniciou-se com a proposta de evitar internações, acolher os egressos dos hospitais psiquiátricos e poder oferecer um atendimento intensivo para paciente com transtornos mentais graves, oferecendo um novo modelo de clínica – a clínica da psicose (CREMESP, 2010).

Segundo o CREMESP (2010), esse tipo de serviço não foi criado para que fosse reproduzido, e sim para que desse assistência e gerisse esse novo modelo de clínica, entretanto

“o conjunto das atividades desenvolvidas pelo CAPS foi transformado em procedimento e incluído na tabela SIA-SUS<sup>1</sup>, em 1992. Ao longo dos anos 90,

---

<sup>1</sup> PT SNSAS nº 224, de 19 de janeiro de 1992

diversos serviços inspirados nessa experiência foram criados no país e, em 2002, o CAPS tornou-se uma modalidade de serviço<sup>2</sup>”(CREMESP, 2010, p. 17).

Considerando esse percurso sociohistórico da atenção em saúde mental, sentimos necessidade de comentar sobre a clínica a partir dos princípios que orientam o trabalho nos CAPS. Trata-se de uma espécie de enredamento do qual não conseguimos fugir, uma vez que esses serviços foram identificados, no início dos anos 2000, como uma espécie de “carro chefe” da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Carro chefe que faria certa condução da clínica a ser exercida, a nosso ver. Além desse, ele deverá ocupar o

papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando os recursos existentes em outras redes: sóciosanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas etc. (BRASIL, 2004, p. 12)

O CAPS surgiu como dispositivo estratégico de política pública de assistência à saúde mental, tendo como desafio central a desinstitucionalização. Em todos esses anos, desde a implantação do primeiro CAPS, surgiram diversas dúvidas, mas, também, ensinamentos sobre o cuidado que deve ser desenvolvido para que se alcance esse propósito. Trabalhar com a lógica de que o CAPS deve ser entendido como um modo de operar o cuidado e não como um mero estabelecimento de saúde é caminho fundamental rumo à sua concretização (LEAL e DELGADO, 2007).

Leal e Delgado (2007) apontam que o trabalho do CAPS surge, então, com o intuito de oferecer outra lógica de atenção através de

um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, medidas administrativas, grades das tarefas dos profissionais, grades das atividades realizadas no cotidiano dos serviços, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas; e da ligação que se estabelece entre tais elementos (LEAL e DELGADO, 2007, p. 137).

Os autores apontam que para se produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a experiencia, é necessário inventar no seu cotidiano, um outro modo de funcionar, de se organizar e de se articular com a sociedade. Para que isto aconteça é indispensável se apoiar em um tripé que envolve a *rede*, a *clínica* e o *cotidiano* do CAPS. Apontam para a necessidade de estarmos atentos para que a atenção psicossocial não tome a saúde como mera adaptação do sujeito ao

---

<sup>2</sup> PT GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002

meio e predetermine objetivos a serem alcançados, pois ao fazer isso, corre-se o risco de adotar uma orientação puramente normativa, que desconsidera e desconhece a particularidade desses indivíduos (LEAL e DELGADO, 2007).

Quando nos referimos à clínica aqui, a entendemos como “um conjunto particular de princípios e preceitos que definem uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento” (LEAL e DELGADO, 2007, p. 4). Desta forma, o homem não é entendido apenas como corpo biológico ou psicológico, e sim uma expressão de sua relação com o meio social. É a partir da articulação entre sofrimento psíquico do paciente, serviço e a comunidade que se torna possível o cuidado.

É importante pensar que quando a *clínica* foca estritamente na doença, ela perde sua potência. A experiência de seu adoecimento não se refere somente a doença e seus sintomas, mas também a sua relação consigo e com o outro. Apostar nessa visão é assumir que os recursos para enfrentar os problemas decorrentes de qualquer que seja o quadro, estão nos próprios usuários, e não fora deles. Considerar essa perspectiva implica em definir a clínica como algo diretamente associado ao serviço e à forma de organização do cuidado (LEAL e DELGADO, 2007).

A partir dessa perspectiva, introduzem-se duas noções que não são originalmente do campo cuidado: rede e território. Estas realizam duas funções importantes. Primeiramente a de introduzir na dimensão clínica conceitos do campo do social e político e, conseqüentemente, apontar para o paradigma da reinserção social, ou seja, a função do cuidado torna-se o agenciamento da inserção social, garantindo sempre a coexistência de diferentes modos de conceber a loucura e o tratamento (LEAL e DELGADO, 2007).

Ao introduzir essas noções, o cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa considerar o sujeito que sofre, e o modo de sofrer, que é construído a partir da sua relação com o social. Dito isso, “*as ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive*” (LEAL e DELGADO, 2007, p.144). Essa nova configuração faz com que seja possível articular dois conceitos, que em geral andam separados, o de indivíduo e o de sociedade, sem a suposição de uma relação hierárquica entre eles.

Proposta essa dimensão clínica, nos cabe falar aqui sobre o cotidiano. Leal e Delgado (2007, p. 145) o entendem como o “*‘mundo de vida’, o lugar de existência de todos nós*”. É o espaço em que a vida acontece, onde se realizam atividades, movimento. O cotidiano não só nos influencia, como é construído por nós.

Desta forma, o CAPS deve estar atento no cuidado que oferece, para que este não seja rígido, nem trate tudo que o usuário apresenta como um mero conjunto de sintomas.

O cotidiano dentro desse serviço deve considerar o cotidiano do sujeito como forma de ser e estar no mundo, construída a partir das experiências que teve ao longo da vida, por mais que pareça sem sentido para aquele que vê.

É interessante apontar que todos nós oscilamos entre momentos de maior ou menor conexão com o mundo, para que possamos sustentar nossa individualidade e singularidade. O que acontece com aqueles que apresentam intenso sofrimento psíquico é uma maior dificuldade em realizar esse movimento pendular. E aí entra o profissional da rede de atenção psicossocial, a fim de favorecer esse movimento, que não se dá, necessariamente, através da tentativa de eliminar determinado comportamento que a equipe enxergue como incômodo (LEAL e DELGADO, 2007).

### 3.2.1.1 *Reabilitação como forma de cuidar*

A discussão sobre clínica e cotidiano, tal como proposta por Leal e Delgado (2007) tem inspiração, em certa medida, no conceito de *reabilitação*. Goldberg (1996) aponta que este conceito nasceu dentro do CAPS, por volta da década de 90 e era entendido como um processo articulado de práticas, cujo objetivo era que o sujeito desenvolvesse uma relação mais autônoma com a instituição e, conseqüentemente com o mundo.

A proposta era de que suas ações não fossem dimensionadas a partir de um limite de tempo (GOLDBERG, 1996; LEAL e DELGADO, 2007), e visava garantir a participação do paciente em todo o processo. Schmidt e Figueiredo (2009) apontam que dada a condição de *processo*, o serviço é responsável por prestar a continuidade do cuidado para que seus objetivos sejam possíveis, sendo esse um princípio fundamental do cuidado.

Leal e Delgado (2007) apontam para a importância de que as ações de reabilitação sejam concomitantes às de tratamento (medicamentoso ou clínico), no sentido de que não devem acontecer apenas quando a equipe acha que o paciente está “melhor”, adequado ao meio ou exercendo sua existência da forma como os profissionais acham que deve.

Segundo Goldberg (1996), a função mais importante do CAPS é garantir a particularidade de cada pessoa, recebendo-a da forma como ela é. Por isso, ele aponta a necessidade de se estabelecer um ambiente de confiança desde o primeiro momento, onde

o sujeito sinta que suas falas são valorizadas e acolhidas, pois caso contrário, há risco de perdê-lo. E, muitas vezes, não há chance para uma segunda tentativa.

Na época da publicação do artigo de Goldberg aqui supracitado, havia se passado 10 anos da implantação e início das atividades do primeiro CAPS – Luiz Cerqueira. Desde então, o projeto já havia sofrido diversas modificações, o que indica uma possibilidade de redirecionamento constante que, segundo Goldberg (1996), tornou-se uma característica do trabalho. O autor aponta que a mudança, a renovação, a reconstrução são próprias da concepção do trabalho com a psicose.

Goldberg, citando Bleuler, diz que uma esquizofrenia é uma “nova personalidade” que se apresenta “totalmente outra” (GOLDBERG, 1996). Logo, existe um cuidado totalmente outro. A reconstrução do aparelho psíquico do processo psicótico realiza-se de maneira muito própria, não havendo parâmetros para comparar com as formas de funcionamento do aparelho psíquico dos indivíduos neuróticos. Goldberg (1996) aponta que o processo de ressignificação do psicótico inclui aspectos muito peculiares para esses indivíduos e, por isso, o projeto terapêutico individualizado deve levar em consideração diversas dimensões da vida do sujeito, o tempo próprio de cada um e suas idiosincrasias.

A ideia é que o serviço proporcione um lugar onde o indivíduo consiga – à sua maneira – falar, de modo que suas questões possam emergir, sejam elas quais forem. O autor traz uma contribuição postulada por Freud para a discussão: o conceito de descentramento do sujeito, que supõe que não há uma maneira única ou adequada de “ser humano”. Não existe uma predeterminação biológica do que o homem pode fazer ou não. O homem é um organismo singular que produz, inventa e através da palavra constrói o que era impensável. É a única espécie que se relaciona com o outro através da mediação de sentido, diferente do que se espera de um cavalo, por exemplo.

Essa mediação de sentido se dá através do encontro e é entendida como uma forma de cuidado. Encontro que permite que o mundo fechado, delirante da loucura, permeado pelo caos, seja capaz de se transformar, pela criação, pela expressão, em um mundo que outros podem acessar, compartilhar, estabelecer trocas e conversas (YASUI, 2007).

A partir do reconhecimento da singularidade desses sujeitos em constituir sua relação consigo e com o mundo, entendemos que seus casos se tornam patológicos não por serem diferentes, mas sim porque tiveram comprometida sua capacidade de criar novas normas em sua relação com o meio. E se isso for ignorado, há um grande risco de privilegiar-se aspectos funcionais da reabilitação e impor a esses sujeitos modelos de ser e estar no mundo que desconhecem seus modos particulares de existência. Exigir

adaptação implica em um novo processo de alienação e institucionalização (LEAL e DELGADO, 2007).

Segundo Goldberg (1996), a proposta não é introduzir uma correção ortopédica, e sim ajudar os pacientes a valorizar a forma como estão vivendo. Ou seja, não se trata de uma tentativa de uma restituição de normalidade, não há um objetivo estático, o tratamento deve sempre ser considerado como um processo.

A partir disso, cabe sinalizar que os conceitos de “alta” e “cura” utilizadas no tratamento de usuários de saúde mental, não são aqueles tradicionalmente usados pela medicina. Segundo Goldberg (1996), a alta pode entrar aqui como o desejo do paciente em tratar-se em outro serviço e instituição, por exemplo. Já a cura, podemos pensar como uma estabilização, visto que não há restituição à um estado anterior no caso de quadros crônicos, como a psicose. Busca-se que os sujeitos tenham maior capacidade de gerenciamento e autonomia sob suas vidas, de forma que a instituição sirva como apoiadora, mas que o sujeito dependa cada vez menos dela. Sendo assim, é possível encarar a reabilitação como um processo que não tem fim definido, ao passo que a psicose está em constante movimento. Chega-se onde o paciente quer chegar e não onde a equipe planeja. Essas reflexões vão ao encontro com Schmidt e Figueiredo (2009), que apontam para a importância da inclusão do usuário no tratamento, de forma que ele não seja tido apenas como um depósito de sintomas a serem extinguidos e sim torne-se agente desse processo e possa conduzi-lo juntamente com os profissionais.

## 4 MÉTODO

Considerando a complexidade do objeto estudado, o presente projeto utilizou-se de um estudo teórico, de método qualitativo, desenvolvido através da revisão narrativa de literatura (ELIAS et AL, 2012) a fim de investigar as compreensões acerca do cuidado em atenção psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira. Passados 18 anos da aprovação da lei da RP e da instauração de serviços substitutivos de saúde mental, já existem muitas pesquisas que nos permitem conhecer e debater o cuidado em atenção psicossocial, tal qual foi pensado, como vem sendo implementado e as formas como costuma ser vivenciado por usuários, familiares e profissionais. Além disso, tentaremos identificar seus limites, dificuldades e potencialidades dentro dos serviços públicos de saúde mental.

De acordo com Elias et. al (2012), a revisão narrativa também pode ser denominada como “estado da arte”. Os autores apontam, ainda, que este tipo de estudo descritivo permite estabelecer relações com produções anteriores, identificando temáticas recorrentes sobre uma temática específica, além de poder evidenciar novas ideias, métodos e subtemas que têm recebido maior ou menor ênfase na literatura analisada. Ou seja, nos permite analisar a trajetória e distribuição científica a partir de variáveis como datas de publicação, termos e períodos (UNIVERSITAS, 2002).

Nóbrega-Therrien e Therrien (2004) acrescentam que:

apontam que o estado da arte é a atual situação que o objeto a ser estudado se encontra na ciência e que, portanto, esse tipo de estudo assume a finalidade de: “delimitar, clarificar e caracterizar o objeto de estudo, realizada por meio de levantamento bibliográfico seletivo, restrita aos estudos e parâmetros próximos às especificidades do interesse do pesquisador” (NÓBREGA-TERRIEN; TERRIEN, 2004, p. 8).

A partir disso, para fins de aproximação do conteúdo publicado com o tema proposto, foi feita uma revisão de literatura preliminar, com corte temporal de 2001 (ano da promulgação da Lei 10.216/01, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica) a 2019, que contemplasse, inicialmente, diversos tipos de publicações: artigos, dissertações e teses.

As buscas foram realizadas em dezembro de 2019 nas bibliotecas virtuais de dados científicos e periódicos BVS Regional, OASISibict, BVS SP e Scielo. Foram escolhidos os seguintes descritores: “rede de atenção psicossocial”, “atenção psicossocial”, “reforma psiquiátrica”, “saúde mental” e “centro de atenção psicossocial”

associadas às palavras “cuidado”, “prática de cuidado”, “assistência”, “clínica”, “atenção”, com a seguinte combinação: (*"práticas de cuidado" OR "clinica ampliada" OR cuidado*) AND (*"Rede de atenção psicossocial" OR "atenção psicossocial" OR "reforma psiquiátrica" OR "saúde mental"*), em todas as bases de busca.

Os critérios de exclusão seguiram duas grandes etapas. A primeira consistiu-se em: eliminar aquelas publicações que não possuíam resumo ou o texto completo, bem como os arquivos repetidos (duplicados ou triplicados). Então, foi feita a leitura dos resumos, a partir da qual buscamos identificar aqueles que, de fato, relacionavam-se com o tema da pesquisa. Após isso, excluíram-se trabalhos considerados sem relação com a pesquisa, sendo eles: trabalhos que não tratam diretamente da temática de cuidado; aqueles que tratavam da temática do cuidado, mas que o público alvo não envolvia sujeitos com transtornos mentais graves e persistentes.

Na primeira busca encontramos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Regional), foram encontradas 699 publicações; Oasisibict, 373; Biblioteca Virtual de Saúde Pública (BVS SP), 485 e Scielo, 467, totalizando 2024 publicações. Após a adoção dos critérios supracitados, selecionamos 56; 52; 52 e 26 de casa base, respectivamente, totalizando 176 artigos.

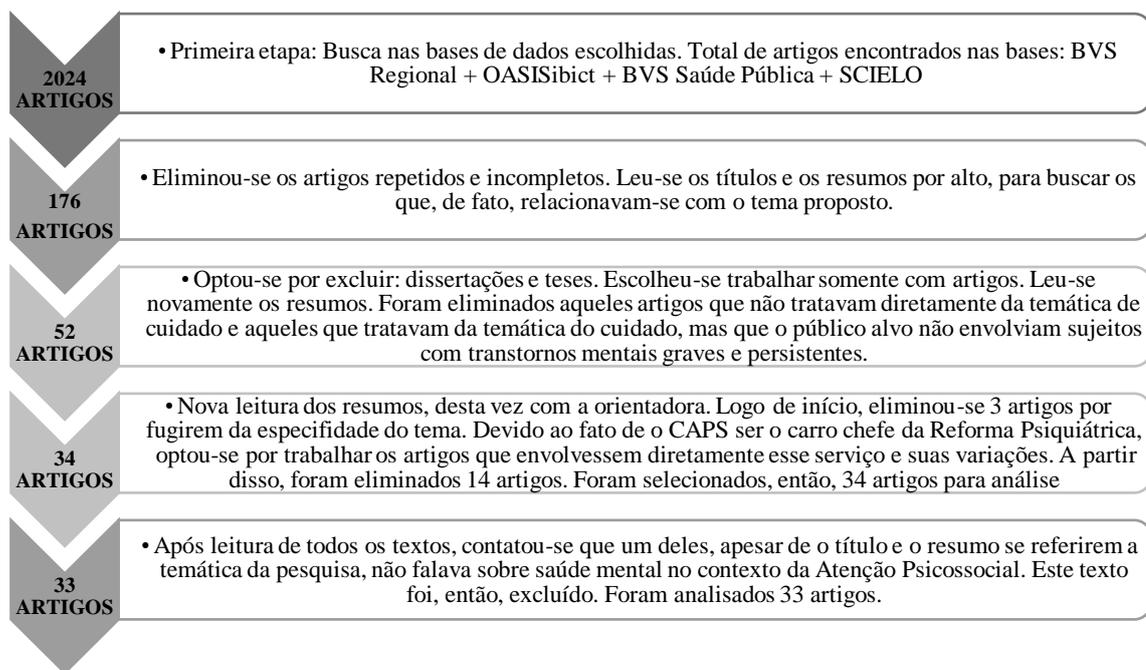
Com o decorrer do tempo, fez-necessário uma segunda etapa, na qual foram adotados mais dois critérios de exclusão: o primeiro foi a eliminação de dissertações e teses, optando-se por trabalhar somente com artigos, devido ao fato de a busca ter ficado muito extensa e não haver tempo hábil para a realização da forma inicialmente pensada. O segundo foi a exclusão de artigos que não tratavam diretamente dos Centros de Atenção Psicossocial, critério adotado pois após a promulgação da Lei 10.2016, esse serviço era caracterizado como uma espécie de “carro chefe” da RP e hoje, embora constituindo-se como um dos pontos de atenção da RAPS, ainda é o responsável pelo acompanhamento dos casos mais complexos e graves e, portanto, da forma como o cuidado deve ser operado. A partir destes critérios, foram selecionados 52 artigos, dos quais 18 foram excluídos. Foram, então, selecionados, 3 da base BVS Saúde Pública Brasil, 7 da base OASISibict, 12 da base BVS Regional e 13 da Scielo, somando 34 artigos para análise.

Após a leitura de todos os artigos, notou-se que um deles, embora constasse no título e no resumo semelhança com a temática da pesquisa, não se referia à saúde mental na atenção psicossocial e sim à saúde dos trabalhadores de uma rede hospitalar. Então este foi eliminado (da base Scielo). No total, foram lidos 33 artigos. Abaixo, ilustramos

o processo de busca e, em anexo, encontra-se um quadro que contém as informações das bases de busca onde foram identificados cada artigo.

Figura 1 – Fluxograma de busca nas bases da BVS Regional, OASISibict,

### BVS Saúde Pública e SciELO



Tendo em vista a natureza de nossa pesquisa teórica, a categorização só pôde ser definida e realizada a partir da leitura crítica de todo o material selecionado. Construímos duas grandes categorias: Abordagem Biomédica – A manutenção da lógica e os entraves para sua superação e O Cuidado Integral e Atenção Psicossocial – propostas, possibilidades e limitações nos CAPS.

Cabe ressaltar que os resultados encontrados serão discutidos à luz de autores que predominam nas discussões pela Reforma Psiquiátrica e que apresentamos nosso marco teórico-conceitual, tais como Ana Pitta, Antonio Lancetti, Paulo Amarante, bem como autores que possuem importantes contribuições para a discussão do cuidado e da clínica em atenção psicossocial, como Gastão Wagner Campos, Erotildes Leal, Jairo Goldberg, Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Luiz Claudio Figueiredo, Pedro Gabriel Delgado e Rosana Onocko Campos.

## 5 RESULTADOS

Iniciaremos este capítulo apresentando os aspectos descritivos dos resultados gerais encontrados nos artigos. Cabe ressaltar que embora o período de busca tenha sido de 2001 a 2019, os artigos selecionados datam de 2006 a 2019 e foram organizados segundo ano de publicação; tipo de periódico em que foram publicados; método das pesquisas relatadas; sujeitos das pesquisas relatadas; local de realização da pesquisa. Antes de apresentar e discutir os resultados, cabe esclarecer que consideramos os CAPS de um modo geral, sem distingui-los por modalidades, pois nosso objetivo era apreender a clínica ou o cuidado da atenção psicossocial em geral e não as especificidades próprias ao acompanhamento de crianças ou pessoas que fazem uso prejudicial e álcool e outras drogas, por exemplo. Do mesmo modo, não distinguimos CAPS I, II ou III. Os quadros abaixo ilustram o número de artigos agrupados em cada um desses critérios:

Quadro 1 - Quantidade de artigos por ano

<b>Ano da publicação</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
2019	1
2018	5
2017	6
2016	6
2015	3
2014	1
2012	3
2011	3
2009	2
2008	1
2007	1
2006	1

Quadro 2 – Quantidade de artigos identificados por tipo de periódico

<b>Tipo de revista</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
Saúde Coletiva/Pública	17
Enfermagem	7
Psicologia	5
Terapia ocupacional	4

Quadro 3 – Quantidade de artigos identificado segundo o método utilizado na pesquisa

<b>Tipo do artigo</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
Qualitativo	30
Quali-quantitativo	3

Quadro 4 – Quantidade de artigos identificados por sujeito da pesquisa

<b>Sujeitos da pesquisa</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
Profissionais	17
Usuários + familiares	4
Usuários	5
Não se aplica	7

Quadro 5 – Quantidade de artigos identificados por local das pesquisas

<b>Local de realização das pesquisas</b>	<b>Quantidade de artigos identificados</b>
Nordeste	13
Sudeste	7
Sul	3
Centro-oeste	2
Norte	1
Internet	3
Não se aplica	4

Chama atenção o fato de que a maioria das publicações foram realizadas nos últimos cinco anos, totalizando 21 artigos, o que contabiliza mais da metade dos analisados. Não constam, nesta seleção, publicações referentes aos anos compreendidos entre 2001 e 2005, 2010 e 2013. Da mesma forma, destaca-se o fato de que são as revistas de Saúde Coletiva que mais publicam artigos sobre essa temática, o que é coerente com a proposta interdisciplinar da atenção psicossocial, na medida em que a saúde coletiva também se pretende interdisciplinar.

A grande maioria dos artigos apresentam pesquisas qualitativas, o que é compreensível já que a investigação sobre o cuidado envolve questões sobre os sentidos e afetos provindos de relações intersubjetivas. Mas, chama a atenção que dos 33 artigos, apenas 9 deles são de pesquisas realizadas com usuários, sendo que somente 5 consideram exclusivamente a perspectiva desses sujeitos. Enquanto isso, 17 foram realizadas com profissionais dos serviços, o que inclui as mais diversas categorias, desde os de nível médio até os de nível superior, passando por categorias que atuam *na ponta* até a gestão.

De todos os artigos pesquisados, 26 realizaram pesquisa empírica nos CAPS – e suas variadas modalidades - das mais diversas regiões do país. Já 3 tiveram a internet como seu campo de pesquisa, através do recrutamento de profissionais e aplicação de questionários online e 4 não desenvolveram trabalho de campo pois suas pesquisas consistem em revisão bibliográfica, artigo de opinião ou pesquisa documental.

Para melhor visualização do conteúdo de cada um dos artigos, criamos um quadro informativo (em anexo) composto por título, autores, ano de publicação, base de dados, revista, local e período de realização do estudo/pesquisa. Além dessas informações, incluímos palavras-chave que indicam a concepção de cuidado/clínica encontrada nos artigos e o referencial teórico utilizado pelo(s) autor(es).

Os artigos referem-se, de modo geral, a quatro abordagens de cuidado: aquele pautado por abordagens biomédicas, com características manicomiais; a clínica ampliada; o cuidado integral e humanizado e a reabilitação psicossocial. As críticas às abordagens biomédicas são feitas, predominantemente, a partir do referencial foucaultiano. Já as demais abordagens integram diferentes autores que discutem dimensões relacionais ou micropolíticas do cuidado no campo da saúde coletiva (com predomínio, embora não exclusividade, de Gastão Wagner de Souza Campos, Emerson Merhy e Ricardo Ayres)

com autores ligados ao movimento da Reforma Psiquiátrica, como Franco Basaglia e Paulo Amarante.

A partir de agora, os resultados obtidos serão apresentados em dois subcapítulos, que representam as grandes categorias temáticas construídas: Abordagem Biomédica – A manutenção da lógica e os entraves para sua superação e O Cuidado Integral e a Atenção Psicossocial – propostas, possibilidades e limitações nos CAPS. Em ambos apresentamos possibilidades de definição, discussões sobre o modo como ocorresse expressam nos CAPS.

### 5.1 ABORDAGEM BIOMÉDICA – A MANUTENÇÃO DA LÓGICA E OS ENTRAVES PARA SUA SUPERAÇÃO

Neste subcapítulo, buscaremos refletir sobre as concepções teóricas acerca da abordagem biomédica e suas influências no cotidiano dos serviços. O objetivo é apresentar sua definição e discutir a importância de superá-la, conforme colocado pelas diretrizes e paradigmas da Reforma Psiquiátrica. Mostraremos ainda que parte dos problemas que os autores associam com a abordagem biomédica não dizem respeito a este especificamente (ou exclusivamente), mas sim às condições de trabalho e à estrutura dos CAPS.

Para melhor compreensão, cabe aqui voltar um pouco na história para dizer como o aparecimento do hospital surge como tecnologia médica. O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Esta noção de que o hospital pode e deve ser uma instituição de cura aparece de forma mais clara por volta de 1780. Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, que além de abrigo e alimentação, também promovia separação e exclusão da sociedade. Ele nasce com essa função de recolher pessoas que, por dificuldades de várias ordens – dentre as quais estavam as condições de saúde, não conseguiam se enquadrar nas normas sociais. O isolamento tinha o intuito de proteger a sociedade do perigo de contágio que doentes poderiam representar (ainda que não se tivesse clareza sobre causas e cursos das doenças). Tratava-se de um instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde a função médica ainda não aparecia. Hospital e medicina permaneceram independentes até meados do século XVIII (FOUCAULT, 2019).

Foucault (2019) aponta que desordem neste contexto significava duas coisas: as doenças que a instituição poderia gerar em pessoas internadas e espalhar na cidade em que se localizavam, e a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo. Os hospitais constituíam-se num lugar de desordem econômica, pois através dele se fazia tráfico de mercadorias, objetos preciosos, matérias raras, especiarias, dentre outras, trazidas das colônias. O traficante, no momento do desembarque, fazia-se de doente e era levado ao hospital e assim escapava do controle da alfândega. A partir disso, surgiu a necessidade de inspeções e regulamentações mais rigorosas inspirados na reforma dos hospitais marítimos e militares.

Foi nesta época que a formação do indivíduo, sua capacidade e aptidões passaram a ter um preço para a sociedade, ou seja, o indivíduo precisava estar saudável para que pudesse servir à mesma. Então, ao hospital eram destinados aqueles que não eram capazes de produzir, que não se mostravam saudáveis para se inserir no campo de trabalho, nem apresentavam força para lutar nas batalhas (FOUCAULT, 2019).

De acordo com Foucault (2019), esta reorganização do hospital se faz possível

a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina (...) A disciplina se dá através da individualização pelo espaço, a inserção dos corpos em um espaço individualizado, classificatório e combinatório, exercendo seu controle não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento (p.179).

A disciplina se constitui como um conjunto de técnicas de poder que implicam uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos, sendo necessário vigiá-los durante todas as suas atividades, de forma que estejam sob olhares daqueles que estejam em níveis hierárquicos acima.

É a introdução desses mecanismos disciplinares no hospital que permite sua medicalização a partir de fatores como a economia, o preço atribuído ao indivíduo e o desejo de evitar a propagação de epidemias. Além disso, há também uma transformação do saber médico. Foucault (2019) nos aponta, então, que a formação de uma medicina hospitalar surge a partir da disciplinarização do espaço hospitalar e pela transformação do saber e práticas médicas. O hospital passa a ter uma função terapêutica a partir do momento em que é entendido como um instrumento que pode modificar o meio em que o doente está inserido. A partir daí o médico passar a ter o que Foucault (2019) chama de uma “autonomia funcional” (p. 185). Esses fragmentos nos mostram como o hospital passa a ser um meio de intervenção sobre o doente, um instrumento de cura, “espaço medicalizado em sua função e efeitos” (p. 185)

A partir do momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura e sua distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico torna-se o principal responsável pela organização hospitalar. Com o passar do tempo, a presença do médico se afirma e se multiplica no interior do hospital, como aquele que deve organizar e construir.

A organização desse novo sistema passar a ter técnicas de identificação dos doentes, registros de diagnósticos dados pelos médicos. O hospital além de lugar de cura, torna-se lugar de registro e formação de saber, ou seja, de formação de médicos. A clínica, no sentido de organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber, passa a ser dimensão essencial no hospital. O indivíduo vira alvo do saber e da intervenção médica. Ao passo que se tem grande quantidade de indivíduos, permite a generalização de fenômenos comuns à população. Essa virada ocorre no final do século XVIII (FOUCAULT, 2019).

Este processo pode nos permitir compreender e refletir sobre o louco e o psiquiatra no interior da instituição asilar, pois a prática do internamento é concomitante ao momento em que a loucura passa a ser percebida como uma “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (FOUCAULT, 2019, p. 202). Na concepção médica desse período, o asilo permitiria a descoberta da verdade da doença mental, bem como o afastamento daquilo que no meio do doente possa mascarar, confundir ou até alimentar a doença.

Assim, a partir do século XIX, o hospital psiquiátrico se estabelece como lugar de diagnóstico e classificação, bem como um espaço fechado de hegemonia do saber médico e de submissão do louco. Todas as técnicas ou processos efetuados no asilo – isolamento, pregações morais, repreensões, disciplina rigorosa, relações preferenciais entre médico e alguns doentes, etc – fizeram com que o médico fosse representado como o “mestre da loucura”, aquele que tem o poder de fazer a doença se manifestar e se esconder, bem como o de dominá-la após tê-la provocado. O médico encontra suas garantias e justificativas nos privilégios do conhecimento.

Foucault (2019) nos mostra como, a partir do século XIX, a vida passa a ser alvo de controle do Estado. Houve uma tomada de poder da soberania sobre o homem. Os mecanismos de exclusão, os aparelhos de vigilância, a medicalização da sociedade, da loucura e da delinquência evidenciaram, em determinado momento, lucro econômico e utilidade pública, sustentados por mecanismos do Estado.

A burguesia não se interessava pelo louco, mas sim pelos processos de sua exclusão, que trazia lucro e poder, profissões liberais que eram pagas para trabalhar nesses locais de exclusão – assim como não se importava com os delinquentes nem com sua punição ou reinserção social, que não tinham importância a nível econômico, e sim pelos mecanismos de regulação, controle, punição e reforma do mesmo (FOUCAULT, 2019).

A partir do descrito acima, podemos entender como o hospital e o médico tornaram-se figuras centrais no tratamento, no sentido de lidar com o doente e, conseqüentemente com o louco. Embora a clínica médica e as concepções de cuidado em saúde tenham passado por profundas transformações (que no caso do Brasil derivam, em grande parte, dos Movimentos das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, bem como da conformação o campo da saúde coletiva), a influência da abordagem biomédica e do modelo hospitalar de tratamento ainda vigoram nos serviços de saúde mental. Trata-se de uma discussão que nos ajuda a compreender algumas pesquisas apresentadas nos artigos de nossa busca bibliográfica, tal como passaremos a pontuar.

Assim como indicado na parte inicial da dissertação, é justamente a abordagem biomédica que deveria ser desconstruída pelas iniciativas derivadas dos movimentos de RPB. Basaglia criticou a psiquiatria ao pontuar que esta se ocupou apenas da doença e desconsiderou o sujeito e a complexidade do meio no qual ele este estava inserido. Com base nesse raciocínio, propôs uma mudança: que a psiquiatria passasse a se ocupar do sujeito em sua experiência, única e singular, o que ele chamou de colocar “a doença entre parênteses” (AMARANTE, 2007).

Amarante (2007) ressalta que isto não significa negar a existência da doença, e sim um rompimento com o modelo reducionista, que desconsiderava a (inter)subjetividade e coisificava o sujeito e a experiência humana. Desta forma, sujeitos que estavam invisíveis e reduzidos a meros sintomas, apareceriam e, assim, seria possível se deparar com seu trabalho, família, vicissitudes, problemas concretos do cotidiano, projetos e anseios. Com isso, poder-se-ia ampliar a noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial, entendendo os serviços como dispositivos estratégicos, lugares de acolhimento, de cuidado, trocas sociais e de produção de subjetividade.

Entretanto, de acordo com Fidelis (2018), na atualidade as concepções de cuidado em saúde estão fortemente atreladas à ideia de efetividade e eficiência das ações, ao passo que remetem a um problema a ser resolvido, curado ou pelo menos manejado

satisfatoriamente, expectativa que também aparece no campo da saúde mental. Segundo a autora

O cuidado em saúde mental ainda está voltado para a resolutividade e necessita de avanços quanto à instauração da desinstitucionalização como desconstrução de paradigmas trazidos historicamente pela psiquiatria. E, também, encontra-se atrelado à noção de qualidade assistencial direcionada à operacionalização de ações e procedimentos que corroboram para a manutenção do paradigma problema-solução (Rotelli et al. 1990) que circunda a Rede de Atenção Psicossocial. (p. 565)

O fragmento exposto acima apresenta uma das concepções ainda fortemente presentes no campo da saúde mental, e a partir daqui, iremos apresentar outras marcas do modelo biomédico nos serviços substitutivos, tal como identificadas nos artigos da revisão bibliográfica. Entretanto, cabe ressaltar que nenhum artigo reconhece, no cotidiano dos CAPS, características completamente biomédicas - os achados são mistos, resultantes da interpenetração de diferentes paradigmas e concepções de cuidado em saúde. Contudo, nesta parte do texto, destacaremos os resultados de pesquisa que apontam importantes dissonâncias entre o trabalho clínico desenvolvido nos serviços e os preceitos preconizados da Reforma Psiquiátrica.

Barros et al (2007) apontam que no cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental é possível ver ações pautadas na noção do cuidado ao sujeito de necessidades, desejos e crenças, e não apenas em sintomas, mas que, entretanto, ainda há o que se fazer para superar importantes incidências do modelo biomédico. Para sustentar esse argumento, as autoras apresentam sua compreensão acerca de tal modelo, afirmando que ele se configura como uma relação de poder, que confere ao cuidar caráter simplificador, reducionista e separatista entre saberes, indivíduos e sociedade. Através de uma leitura foucaultiana, as autoras fazem um resgate histórico acerca das concepções de cuidado e modos de exercê-lo, apontando dois eixos que orientaram o cuidado: um que garante e assegura a manutenção e continuidade da vida, e outro responsável pela evitação da morte. Concepções que, originalmente, coexistem, complementam-se e geram-se mutuamente. Entretanto, a partir do nascimento da clínica nos séculos XVII e XVIII faz-se possível separar essas orientações no âmbito dos cuidados. No discurso biomédico moderno os cuidados para evitar a morte e os curativos passam a ser os únicos reconhecidos como científicos, surgindo então uma distinção entre cuidar e tratar. Neste modelo a saúde é obtida através do tratamento da doença. As formas de tratar são baseadas numa dada concepção de adoecimento, ou seja, tratar significa uma ação

profissional mediada por conhecimentos científicos, instrumentais e objetivos (BARROS et AL, 2007).

Barros et al (2007) comentam que o modelo biomédico parte de uma concepção reducionista de tratamento, que desconsidera quaisquer relações entre aquele que cuida e o sujeito adoecido, visto que seu foco é única e exclusivamente a doença. Campos (2003) chama este modo de funcionamento que exclui as diversas dimensões que atravessam o humano de *clínica oficial*. A redução do indivíduo à sua enfermidade, segundo o autor, impede o diálogo entre o corpo físico, a subjetividade e o meio social, implicando na desresponsabilização do profissional com o cuidado integral. Ou seja, este não supõe que o sujeito deva ou possa se apropriar da própria doença, do corpo e da história, e que viva esse processo a partir de sua subjetividade.

Fidelis (2018) aponta que a presença do modelo biomédico às vezes se dá de formas explícitas, porém não verbalizadas como, por exemplo, quando um profissional utiliza um jaleco dentro de um CAPS ao executar uma atividade de baixa ou nenhuma insalubridade. O uso do jaleco pode ser entendido nesse contexto como um símbolo de cuidado pautado em procedimentos técnicos. Concepção essa que denota a valorização do conhecimento e da técnica a ser aplicada ou desenvolvida em detrimento do contexto, do sujeito e da relação entre ambos.

Fato semelhante também é identificado pela autora em outra foto do cotidiano de um serviço de saúde mental, desta vez referente a uma SRT, onde profissionais e estudantes da saúde também utilizam jaleco e posam sorridentes com o violão, enquanto a postura dos moradores demonstra aparente insatisfação e desinteresse em participar daquele momento. Para Fidelis (2018) talvez seja possível que a demanda não tenha emergido de um encontro intersubjetivo construídos entre equipe e moradores. Nesse sentido, a autora refere-se a Ayres (2009) para lembrar que o profissional em saúde não pode inferir ao sujeito o que determina seu bem-estar e quais são suas necessidades, sem perguntar o que os sujeitos desejam para sua saúde e bem-estar.

O “cuidado operacional” pautado pelo saber biomédico pode implicar na negatividade da doença de forma a conduzir, determinar e normatizar as práticas em saúde e, conseqüentemente, ignorar a intersubjetividade. Atrelado a isso, as noções de poder, controle, tratamento e técnicas a serem aplicadas podem acabar favorecendo o desenvolvimento de relações estáticas, individualizantes e objetificadoras entre profissionais e usuários, transformando-os em alvos de intervenção (FIDELIS, 2018).

Estudos como o de Barbosa et al (2016) corroboram a prevalência do modelo tradicional supracitado no cotidiano dos serviços. Ao investigarem pesquisas referentes a seis CAPS, localizados em diversas regiões do país, os resultados por elas encontrados consistiram em serviços com: atividades que priorizam a medicação e o atendimento individual em detrimento de ofertas de tecnologias que possam gerar maior autonomia dos usuários; ações centralizadas em atendimentos clínicos e ambulatoriais; atuação territorial pouco presente; dissonâncias entre as diretrizes da política pública de saúde mental e a operacionalização dos serviços, como a ausência de rede e articulação; a tentativa de controle de sintomas/do sujeito através de contenção, medicação, e internação em hospitais e, por fim, da parte dos usuários alta demanda por psicotrópicos e preocupação com a desassistência da psiquiatria.

É interessante destacar uma pesquisa desenvolvida por Vasconcelos et al (2016), realizada em um CAPS II e em um CAPSad de uma região que possuía um histórico recente de reestruturação dos serviços de SM. Nessa reconstrução, observou-se que mesmo que os trabalhadores tenham tido um processo participativo na implantação dos serviços, foi constatada a preponderância de características do modelo biomédico, como o tecnicismo e desvalorização de aspectos socioculturais, limitações que, para os autores, são comuns à grandes experiências da reforma psiquiátrica (VASCONCELOS et AL, 2016).

Vasconcelos et al (2016) apontam que há duas justificativas para a predominância do modelo biomédico: por um lado, uma visão cartesiana e reducionista da vida, que segrega e impede o crescimento do sujeito e, desta forma, impossibilita trocas simbólicas. E, por outro, uma organização do processo de trabalho que acontece sob uma perspectiva instrumental, com prevalência de tecnologias duras e leve-duras. Este recorte é importante pois evidencia que mesmo que tenha havido esforço para a mudança das práticas de cuidado, os trabalhadores não conseguiram incorporar à sua prática cotidiana o proposto pela reforma psiquiátrica.

Vasconcelos et al (2016) apontam a evidente fragmentação na organização das ações assistenciais por cada núcleo de saber dos profissionais da equipe (psicólogo, médico, farmacêutico, assistente social, dentre outros), o que substituiu a discussão sobre a dimensão singular em discussão macro, planos, técnicas de ações e gestão do processo de trabalho, determinadas pelo conhecimento especializado da cada profissão. Isso demonstra a prevalência do modelo centrado em procedimento e lógicas biomédicas de cuidado.

Não se observa, nesse contexto, a interlocução de saberes, o olhar ampliado sobre o sujeito e a integralidade das ações, e sim a fragmentação do agir em saúde mental, baseada em ações bem-intencionadas, mas, em geral, disciplinadoras e pouco críticas, caracterizando o cuidado no projeto terapêutico, produzido a partir das várias ações individuais, fragmentadas, e que se unificam por somação. O projeto terapêutico, por sua vez, ganha concretude nos serviços do CAPS num cotidiano em que cada profissional atua numa dimensão específica de saber, revelando: a inexistência da participação do usuário no processo de discussão e articulação com a equipe que cuida, vinculação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar, apontando para uma clínica tradicional e fragmentada. (VASCONCELOS et AL, 2016, pp. 318-319)

Pensando na especialização profissional, outro aspecto geral a ser destacado nos artigos é o apontamento de que há muitos serviços que não contam com a participação do médico nas discussões de caso e elaborações de PTS. Trata-se de um limite importante para qualquer tipo de cuidado que se pretende interdisciplinar. Um exemplo disso foi encontrado no artigo de Oliveira e Miranda (2015) em que o médico é a única categoria profissional que não participa das supervisões, tendo seu trabalho limitado à prescrição medicamentosa dos usuários. Além disso, Moreira et al (2018) apontam que no serviço estudado, diversas categorias profissionais (psicólogo, assistente social) se revezam no processo de acolhimento, menos o psiquiatra, que se restringe a acolher o usuário em caso de crise. Outra situação que segue a mesma lógica é ausência do médico na triagem dos serviços apontada por Ballarini et al (2011). A nosso ver, essa ausência do médico na construção coletiva e a limitação do psiquiatra à prescrição de medicamentos reforça e potencializa a lógica biomédica presente nos serviços.

Na pesquisa de Zeferino et al (2016), os participantes, profissionais da RAPS, referem que os serviços são medicalizantes e hospitalocêntricos, e o cuidado ainda é pautado numa lógica manicomial, o que, segundo eles, remete a uma falsa desinstitucionalização, principalmente no que diz respeito ao cuidado às pessoas em situação de crise. Nos relatos dos entrevistados, o cuidado aparece no lugar de tutela, de tal modo que o usuário precisa ser observado, tratado e orientado pelo outro como se nada soubesse sobre sua doença e não fosse capaz de tomar decisões. O cuidado acontece a partir de contenção mecânica e medicamentosa, que visa solucionar rapidamente o incômodo causado pela crise. Cabe aqui ressaltar que não se pretende negar a importância do uso da medicação, mas sim fazer uma crítica ao seu uso indiscriminado pelos profissionais.

Caponi et al (2016) encontram resultados semelhantes em sua revisão de literatura. Segundo os autores, esse modo de operar o cuidado evidencia formas de

biopoder e biopolítica materializadas no contexto atual das práticas em saúde mental, a saber

a medicalização dos sofrimentos cotidianos, a reprodução de práticas clínicas disciplinares remanescentes do modelo biomédico hospitalocêntrico, a compreensão do território apenas quanto à sua abrangência geográfica, a verticalidade das relações profissionais e a concepção biologicista do processo saúde-adoecimento mental (CAPONI et AL, 2016, p. 185).

Ao tecer esses comentários, os autores remetem-se à Lancetti (2014), que defende que o modo atual de funcionamento dos CAPS podem configurá-los como burocráticos, na medida em que apresentam uma tendência à cronificação em instituições que agrupam doentes mentais, a partir da criação de atividades coletivas altamente repetitivas como, por exemplo, televisão, oficinas adjacentes [em nosso entendimento, no sentido da existência de mera oferta e não de espaço de construção coletiva], oferta de comida. Ele observa que os profissionais buscam adaptar os usuários aos modelos terapêuticos já existentes ao invés de buscar novas estratégias e práticas clínicas. Para o autor, esta forma de funcionamento fez com que os CAPS envelhecessem e segmentarizassem prematuramente, tornando o funcionamento da equipe infantilizado e regido pelas dificuldades existentes no serviço, de forma a se enclausurarem em diversas formas de corporativismo. Os recursos diminuem, seus destinos se repetem e as equipes, como antes, voltam a centralizar suas práticas na figura do psiquiatra (LANCETTI, 2014).

Tal como vimos no referencial teórico desta dissertação, aparentemente o que fora sinalizado por Goldberg (1996) duas décadas antes, se perpetuou nos serviços ao longo dos anos. O autor indicou que o excesso de procedimentos administrativos, financeiros e burocráticos implicava diretamente na forma como o cuidado era operacionalizado, visto que a atenção da equipe ficava voltada à responder essas demandas. Havia uma cristalização de procedimentos que, muitas vezes, não tinha qualquer relação com o que o usuário necessitava no momento.

Neste sentido, em estudo mais recente, Costa et al (2014) continuam alertando para a existência dessa cronicidade, ou seja, para a institucionalização, tutela e despolitização que ainda vêm sendo produzida nos serviços substitutivos de saúde mental. Os autores apontam uma série de fatores encontrados nos estudos previamente realizados no município em questão, que evidenciam a fragilidade da RAPS, sendo eles: baixo número de serviços de cobertura à crise; estrutura física inadequada dos serviços; número reduzido de profissionais qualificados; despreparo do SAMU nos atendimentos à pessoas com sofrimento mental agudo; carências de ações de promoção e cuidado em saúde

mental na AP; e falta de leitos em hospitais gerais. Este cenário faz com que o hospital psiquiátrico continue sendo a porta de entrada dos usuários na RAPS do município estudado (COSTA et AL, 2014).

Lima e Barros (2018) também encontraram fragilidades na RAPS estudada, como a falta de valorização do trabalhador da saúde mental somada à precariedade do trabalho, o que implica na falta de relevância da SM dentro do campo da saúde; a operacionalização do cuidado em SM em rede; a dificuldade de atuação em equipe; a falta de acesso dos usuários aos demais serviços de saúde para tratar comorbidades e a fragilidade de vínculo entre usuários, familiares e profissionais.

Estes resultados apontam para limitações do cuidado de duas ordens: aquelas que derivam da abordagem biomédico (fragilidade de vínculo, dificuldade de atuação em equipe) e aquelas que derivam de limitações externas impostas à clínica, geralmente decorrentes de interesses econômicos ou políticas de saúde insuficientes, o que implica num potencial reduzido para resolução de problemas, fator conhecido denominado por Campos (2003) como clínica degradada.

Como já citado anteriormente, este fator implica num empobrecimento da clínica, visto que há uma perda da capacidade de considerar os impactos do adoecimento como um todo. Campos (2003) aponta para a necessidade da ampliação da clínica e de situar o sujeito dentro do contexto em que está inserido para que, a partir disso, seja possível pensar o tipo de clínica a que se deve recorrer e, assim, pensar num tratamento que contemple toda a complexidade dos indivíduos em questão, visto que muitos não têm todas as suas necessidades de saúde contempladas devido a essa compartimentalização dos serviços e saberes.

Como possível resposta para essa questão, Cecílio (2009) sugere que práticas gerenciais poderiam evitar a deterioração das relações nos serviços de saúde, visto que as práticas de cuidado, assim como indicado, apresentam-se cada vez mais serializadas, apontando para uma baixa capacidade de respostas mais complexas às necessidades dos usuários. Essas práticas, segundo o autor, devem ser construídas de forma diferente do que já está instituídos pelos saberes dominantes nos serviços de saúde, de forma que a escuta seja valorizada e as demandas sejam atendidas de forma singular.

Ao pensar nessa dificuldade de respostas, nos chama muita atenção um fato destacado por Costa et al (2014), de que os profissionais do dispositivo estudado (CAPS II) não o entendem como um serviço de suporte à crise, de forma que quando vivem-na, os usuários acabam sendo encaminhados para o CAPS III ou para o hospital psiquiátrico

da região. Essa realidade também aparece como resultado da pesquisa de Zeferino et al (2016), ao constatarem que a equipe de outro CAPS II encontra a mesma dificuldade de se responsabilizar pelo acolhimento e manejo das situações de crise. Tal funcionamento reforça a ideia de que a internação psiquiátrica ainda ocupa papel central na atenção à crise, o que favorece uma lógica de desresponsabilização do serviço de referência pelo usuário.

Este fato também foi observado no contexto de um CAPSi pesquisado, em que em situações de crise o psiquiatra era rapidamente acionado, geralmente antes de qualquer outra tentativa de cuidado. E na ausência de um médico no serviço, os autores observaram que, por vezes, os casos eram diretamente encaminhados para o atendimento no serviço de emergência psiquiátrica que funcionava ao lado, sob a justificativa de que no CAPSi não atendiam emergência, pois nem sempre havia um médico lá (MOREIRA et AL, 2018).

Ainda sobre as dificuldades de manejo encontradas pelos profissionais em um CAPSi, podemos destacar que os casos de crianças e adolescentes que fazem uso de drogas lícitas ou ilícitas causam angústias nos profissionais além de fazerem emergir posicionamentos polêmicos sobre o assunto, como julgamentos de ordem moral e religiosa (MOREIRA et AL, 2018). Em nosso entendimento, esse tipo de postura atrapalha na medida em que se assume o que é melhor para os jovens de acordo com suas vivências e crenças pessoais, o que, por vezes, pode levar a normatização e doutrinação dos corpos sem considerar a trajetória e singularidade daquele indivíduo.

Em sentido semelhante, Oliveira e Miranda (2015) apontam para outro desafio trazido pela equipe do CAPSi estudado, que refere sentir dúvidas, insegurança e angústias quando se deparam com casos de autismo mas, em ambas as situações, os profissionais não possuem dúvidas que lá é o lugar privilegiado para o atendimento desse público.

Retomando os aspectos de funcionamento dos CAPS no geral, outro fator problemático apontado por Costa et al (2014) é a dinâmica das refeições coletivas, realizadas pelos usuários em um lugar distinto dos profissionais e, inclusive, com sua circulação pela cozinha vetada. Além do mais, possuem talhares e água separados o que, cabe ressaltar, são proibições concretas de que se misture o que é da equipe e o que é dos usuários. A nosso ver, estas escolhas nos indicam que a relação estabelecida entre equipe e usuários é hierarquizada, de forma que não só não contribui para a desinstitucionalização como reforça a lógica manicomial.

No CAPS em questão é possível notar que não existe nenhum reconhecimento das possibilidades de autonomia dos usuários em relação à instituição. A gestão do cotidiano do serviço e o planejamento de suas atividades fica a encargo exclusivamente da equipe, ou seja, as estratégias traçadas não levam em conta os desejos e demandas dos usuários, e sim as possibilidades do profissional que está disponível no momento. Costa et al (2014) apontam que as oficinas acabavam servindo como um “passatempo” para usuários e profissionais.

É percebido pelos autores um esvaziamento desses espaços devido à falta de interesse dos usuários, que sofrem com tentativas de persuasão e ameaças no sentido de que se não participarem, não ganham lanche. Este tipo de funcionamento perpetua a lógica da tutela sob os usuários e a dos profissionais como os detentores do poder/saber. Outro exemplo problemático que remete a isso é o fato de os usuários chamarem o CAPS de “escola” e os profissionais de “tio” e “tia”, apontando também para um processo de infantilização, o que sequer é problematizado pela equipe (COSTA et AL, 2014).

Tal como apontamos acima, essa infantilização também é percebida por Fidelis (2018) que, ao analisar fotografias de dispositivos de saúde mental, notou que durante uma atividade musical, os pandeiros tocados por usuários eram de tamanho menor que o padrão e coloridos, ou seja, remetiam a objetos infantis, diferentes daqueles tocados pelos profissionais, além do ambiente apresentar uma arrumação e cores que também remetiam à educação infantil. Com isso, a autora nos convida a pensar se esta configuração reflete também uma noção de tutela, incapacidade e fragilidade esperadas de uma criança. Considerar a forma como as pessoas pensam e o que desejam para si mesmas também recai sobre a forma como o ambiente se configura. Aspecto também apontado como relevante por Moreira e Bosi (2019) por ser considerado gerador de saúde, já que aposta na valorização do sujeito e em sua autonomia para fazer escolhas.

É consensual em vários artigos a importância de que os usuários façam parte da construção e se identifiquem com os serviços aos quais estão vinculados. Costa et al (2014); Leite e Barros (2018); Cattani et al (2018) apontam que elaborar projetos terapêuticos singulares (PTS) junto a usuários e familiares, levando em conta suas particularidades, pode ser visto como uma estratégia de cuidado importante para viabilizar o aumento da autonomia desses sujeitos, por permitir que façam escolhas e criem normas para suas próprias vidas, o que também implicaria na dinâmica dos serviços.

Como citado anteriormente por Cecílio (2009), o processo de adoecimento por si só já implica na perda de autonomia e controle do sujeito sobre seu modo singular de viver, sentimentos que podem ser potencializados pela dificuldade de comunicação com a equipe. Arelado a isso, a desconsideração da forma que os indivíduos encontram para lidar com o próprio adoecimento também é fator que dificulta as relações e o processo de cuidado.

Goldberg (1996) aponta uma tendência dos profissionais a centrar e fixar as práticas de cuidado somente naquilo que diz respeito à sua formação, entendendo aquilo que foge de um determinado repertório como “não tratar”, o que muitas vezes leva a hierarquização das práticas, com foco naquilo que é “técnico” ou “científico” sem, muitas vezes, sequer escutar o paciente.

Cecílio (2009) aponta, ainda, que a micropolítica das organizações de saúde pode ser entendida como um conjunto de relações composto por vários atores organizacionais, que vão desde os trabalhadores até os usuários. É uma rede complexa e mutável, e é a partir dela que se produz o cuidado, portanto, os usuários são parte central dela. Então, é necessário que haja implicação da equipe para fazer valer a singularidade desses indivíduos.

No geral, Costa et al (2014) retratam terem se deparado com bastante distanciamento, desresponsabilização e falta de reflexão dos profissionais acerca de suas práticas. Existem as atividades esperadas nos CAPS, como as oficinas e as assembleias, porém estas se tornaram espaços esvaziados de pessoas e de sentido. A assembleia configurou-se como um momento de informes, discussão de questões burocráticas do serviço (como falta de medicamentos ou água), sem qualquer discussão de políticas de saúde mental. Fato também encontrado na pesquisa realizada por Oliveira et al (2012), em que os usuários entrevistados relatam não verem a assembleia como lugar de participação, pertencimento e espaço político, o que nos remete à clínica degradada e ao CAPS burocráticos, citados anteriormente.

Nota-se certa alienação dos usuários sobre seus contextos econômicos, históricos e sociais, reforçadas pelos profissionais. Uma prova disso é o dia 18 de maio, dia internacional da luta antimanicomial ser entendido como um mero feriado no serviço, havendo pouco debate sobre a importância política e simbólica dessa data. Este funcionamento, segundo os autores, pode fazer com que o CAPS se torne um espaço cronificante, despotencializador e despolitizado no que se refere a produção de vida para os usuários (COSTA et AL, 2014).

Outra questão importante observada por Costa et al (2014) foi o que chamaram de “usuários profissionais” (p.846). Eles notaram em sua pesquisa que uma determinada usuária possuía uma relação de interdependência do serviço, no sentido de que lhe era conferida certa autoridade em relação aos próprios profissionais e usuários. A equipe a entendia como alguém capaz de “tomar conta” dos demais, o que fazia com que ela “dedurasse” comportamentos considerados errados. Além disso, lhe eram concedidos privilégios como acesso à cozinha, o que era proibido aos demais. Isso fazia com que ela enfrentasse dificuldade em se relacionar com os outros usuários. Os autores Costa et al (2014) descrevem que a equipe relatava que tal usuária ganhou certa autonomia desde que entrou no CAPS, que não tinha crises há anos, e que era considerada estável. E, ainda assim, nunca deixou de frequentar o serviço. Além disso, quando o supervisor sugeriu que ela recebesse alta, a equipe foi majoritariamente contra, alegando que sem o CAPS a usuária entraria em crise, que não estava pronta para sair. A própria usuária também expressava em suas falas que não tinha interesse em sair do serviço, porque lá se sentia segura e porque a relação com seus familiares não era boa, o que lhe impedia de gostar de ficar em casa. A equipe não demonstrava objeção à sua presença, mas também não possuía nenhuma implicação num sentido de construir um projeto para ampliar sua rede e permitir circulação em outros espaços (COSTA et AL, 2014).

Aqui é importante ressaltar que, para os autores, o modo como a equipe conduz o caso implica num processo de cronificação, sendo paralelo aos modos vistos nos manicômios (COSTA et AL, 2014). Entretanto, para nós, o fato de ela continuar frequentando o serviço, não significa, necessariamente, que ela tenha “cronificado”, pois pode ser um fator importante para sua estruturação e organização psíquica. A nosso ver, o que indica a “cronificação” não é a intensidade da frequência ao serviço, mas o sentido que este faz aos usuários, o quanto estes conseguem aproveitar o CAPS como fonte de ampliação da autonomia e suporte para o sentimento de fruição da vida.

Cabe novamente sinalizar que os conceitos de “alta” e “cura” utilizadas na atenção psicossocial não são aqueles tradicionalmente usados pela medicina. Não existe cura na psicose, ao passo que não há retorno de usuários com quadros crônicos a um “estado anterior”, o que existe é uma movimentação. Portanto, o que deve buscar-se é que o sujeito tenha maior capacidade de gerenciamento e autonomia sob sua vida, de forma com que dependa cada vez menos da instituição. Nessa perspectiva, alta não significa necessariamente a saída do serviço (Goldberg, 1996).

Algo importante apontado por Goldberg (1996) e que também deve ser destacado é que o ponto de chegada de um tratamento está onde o paciente quer chegar e não onde a equipe determina. Dito isso, nossa ponderação feita acima torna-se ainda mais valiosa, tendo em vista que é necessário compreender a relação e a dinâmica de cada usuário com o serviço, de forma bastante particular, através de uma escuta qualificada e uma construção conjunta de um PTS para que o indivíduo possa, de fato, estar em constante movimento, mas no movimento que ele deseja.

Uma questão cara para nós e, também ressaltada por Costa et al (2014), é que o CAPS em questão não exercia uma de suas principais funções: a articulação de redes de apoio social no território. A possibilidade de saída de algum usuário do serviço chegava a ser temida pela equipe, o que para os autores demarca uma dependência mútua: usuário-dependente/serviço-dependente. Em pesquisa desenvolvida em outro CAPS, os entrevistados de Jorge et al (2011) dizem considerar que a dependência mútua entre serviço e usuário pode ser entendida como um efeito negativo do vínculo, ainda que este dispositivo seja entendido como fundamental no processo de cuidado.

Além da falta de articulação entre a própria rede especializada de saúde mental, chama a atenção em pesquisas desenvolvidas em diferentes cidades, a falta de articulação com a atenção primária dos municípios, dificultando o desenvolvimento de ações compartilhadas de cuidado entre ESF, NASF e serviços substitutivos (Costa et al, 2014; Barbosa et al, 2016; Zeferino et al, 2016). Tal desarticulação acaba implicando em equipes que não se responsabilizam e que realizam encaminhamentos arbitrários para outros serviços. Além disso, acabam por realizar diagnósticos apressados, adotam uma postura desumana e técnica, o que ora implica em distanciamento excessivo ora em mistura entre equipe e usuários.

Ao que nossa análise indica, estão colocados três grandes desafios na execução das políticas públicas de saúde mental: a superação do modelo biomédico, o que implica, principalmente, em práticas predominantemente medicamentosas; a desarticulação da rede e a falta de capacitação e treinamento profissional para a atuação no cuidado às pessoas com transtorno mental (Leite e Barros, 2018; Zeferino, 2016; Moreira et al, 2018; Moreira e Bosi, 2019). Podemos então, entender, que ainda há uma grande dificuldade na implantação do que é preconizado pelas políticas públicas

O que acarreta uma série de posturas inadequadas, como a medicalização, as contenções físicas, e as internações em excesso, a desresponsabilização dos sujeitos a seus tratamentos, práticas discriminatórias e preconceituosas no cuidado ao sofrimento psíquico (ZEFERINO et AL, 2016, p. 6).

É importante ressaltar que, embora muito tenha sido dito sobre a postura da equipe perante os usuários, esta também carece de atenção e cuidado. A falta de capacitação profissional, principalmente no que diz respeito ao manejo de crises, aliada à falta de espaços para trocas de suas vivências é fator que contribui para esta configuração. Os profissionais lidam com transtornos mentais graves e persistentes que, por vezes, pode gerar medo, além de haver a possibilidade que o que se vivencia no serviço tenha um atravessamento em suas vidas pessoais. Além disso, há relatos de profissionais que sentem-se frustrados e veem seu trabalho como paliativo, e ainda lidam com a tensão, o desgaste físico e emocional (Moreira et al, 2018).

Os profissionais entrevistados por Moreira et al (2018) referem que o contato com histórias de sofrimento dos usuários, atravessadas por um contexto de violência, pobreza extrema e outros tipos de vulnerabilidades gera angústia entre eles, principalmente os que atuam no acolhimento, pois é um tipo de atribuição que exige muita responsabilidade. Além disso, demonstram por vezes um sentimento de impotência em relação ao trabalho desempenhado. Esta pesquisa foi realizada em um CAPSi e aponta uma particularidade da clínica da infância e da adolescência, que é o fato de ser comum a equipe se remeter às próprias experiências pessoais dessa fase e das relações que os constituíram como sujeitos na hora de manejar algum caso.

Além desse sentimento de impotência, também é comum encontrar reações de onipotência entre os trabalhadores que sentem que devem dar conta de tudo, o que pode implicar na diminuição da possibilidade de escuta singular dos usuários, fazendo com que o serviço se volte para si e corra o risco de reproduzir práticas manicomiais (OLIVEIRA e MIRANDA, 2015).

Aqui é interessante retomar o que Figueiredo (2014) se referiu como crise de cuidadores, apontando que se existe essa tendência na sociedade como um todo, isso pode se potencializar no campo da saúde. A nosso ver, tal agravamento pode se dar, especialmente, quando não se oferece espaços para que os profissionais lidem como as dificuldades próprias dos encontros intersubjetivos, e nem com a dor e sofrimento oriundos do processo de trabalho. A esse respeito, vale lembrar que Onocko Campos (2005) aponta que o trabalho em saúde é produtor de sofrimento, ao passo que os profissionais necessitam lidar, constantemente, com a dor (física e psíquica) e com a morte (também física e psíquica). Além disso, por muitas vezes se deparam com outros entraves para realização de suas atividades, sejam eles a falta de recursos humanos, de materiais ou por excesso de autoritarismo gerencial. Portanto, há um sofrimento inerente

ao trabalho em saúde, ainda que este trabalho seja desenvolvido em condições adequadas. A partir disso, os sujeitos acabam recorrendo a estratégias defensivas para atenuar o sofrimento psíquico, sendo algumas delas: apelo excessivo à ideologização, somatização ou burocratização (ONOCKO-CAMPOS, 2005), como citamos ao longo desse subcapítulo.

Como possibilidade de reflexão e solução dessas questões, Moreira et al (2018) apontam para a necessidade de criação de estratégias de formação permanente que sejam capazes de ampliar a capacidade resolutiva dos casos e espaços para que se cuide da saúde mental dos trabalhadores. Nesse sentido, Oliveira e Miranda (2015) sinalizam a necessidade de capacitar as equipes e a intensificação dos movimentos de criação de parcerias intersetoriais.

Nós entendemos isso como uma urgência que se estende para todos os serviços substitutivos de saúde mental, não só os pesquisados, pois é fundamental o questionamento acerca dos processos de trabalho e a abertura para falar sobre os sentimentos que permeiam essa prática tão singular e difícil, que é a saúde mental, dentro do sistema público de saúde brasileiro. Assim, além da formação permanente, proposta por Moreira et al (2018) insistimos na necessidade de espaços em que os profissionais possam reconhecer o emaranhado de afetos e conflitos envolvidos no trabalho, construindo, coletivamente, estratégias de elaboração inter-psíquica ou interpessoal.

## 5.2 O CUIDADO INTEGRAL E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – PROPOSTAS, POSSIBILIDADES E LIMITAÇÕES NOS CAPS

Antes de iniciar a leitura dos artigos levantados em nossa busca, pretendíamos identificar neles as distinções entre concepções de cuidado e clínica que se associam à atenção psicossocial. Tal como apontamos acima, após a leitura integral do conjunto de artigos selecionados, observamos que, em sua maioria, os autores utilizam denominações como clínica ampliada, cuidado integral e humanizado e reabilitação psicossocial. Contudo, ao discorrerem sobre tais denominações, em geral, integram conceitos advindos de tradições teóricas ou propostas clínicas distintas, sem comentar possíveis conceitos que distanciam umas das outras. Por exemplo, algumas estratégias fundamentais de cuidado, tais como o acolhimento, são pensadas tanto a partir das ideias ligadas à clínica ampliada, tal como proposta por Campos (2003), como aquelas mais próximas da

micropolítica do cuidado, tal como discutidas por Merhy (2007) e ainda aquelas próprias da leitura fenomenológica desenvolvida por Ayres (2009).

A reabilitação psicossocial, embora pautada em autores situados na área da saúde mental, também integram diferentes concepções teóricas que, de uma forma ou outra, consideram a complexidade da experiência da loucura. Assim, parece-nos que o campo da atenção psicossocial pode ser caracterizado como um mosaico de tradições teóricas variadas, compostas em torno do desafio da integralidade do cuidado e do enfrentamento das incidências de abordagens biomédicas. Em função de tal percepção, passamos a apresentar os artigos a partir dos temas e questionamentos que trazem. Apontamos as tradições teóricas em que se baseiam, mas não os diferenciamos a partir delas.

Dito isso, é importante dizer que ao longo dos anos, a saúde mental constituiu-se como campo de exclusão dentro dos debates de cuidado em saúde. Entretanto, discussões recentes acerca da cronificação dos usuários, do modelo biomédico, da violação dos direitos humanos e da cidadania, fizeram emergir uma nova maneira de pensar o processo saúde-doença, a partir da valorização do cuidado ao usuário (ZEFERINO et AL, 2006). Tal como apontamos no início desta dissertação, uma das estratégias desenvolvidas foi a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), que visa criar, ampliar e articular os pontos de atenção em saúde mental, de forma a garantir o acesso universal e o cuidado integral para pessoas com sofrimento ou transtorno mental.

Essa rede busca garantir que esse cuidado não seja pensado apenas por meio de diagnósticos, nem de práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, tampouco que submetam o sujeito a um regime de controle e vigilância sobre suas ações. Cuidado, enquanto espaço de vida, de estímulo, de confronto, de oportunidades, de relações que vislumbrem a mudança da cultura e de uma política mais social que sanitária. Nessa perspectiva, reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos e valoriza os diferentes sujeitos, implicados na produção de sua saúde. (ZEFERINO et AL, 2006, p.2)

Uma das formas de se organizar o cuidado em saúde que aparece em diversos dos artigos analisados é a partir das tecnologias leves, leve-duras e duras, tal como definidas por Merhy (2007). De modo resumido, podemos dizer que as tecnologias leves dizem respeito a relações interpessoais, como o vínculo e a autonomia; as leve-duras aos saberes bem estruturados, como a clínica médica ou a clínica psicanalítica e as duras a tecnologias como máquinas e estruturas organizacionais. Para o cuidado em saúde mental, os Zeferino et al (2006) referem que as tecnologias mais leves são as mais relevantes, pois possibilitam a construção de novas práticas.

Também valorizando a perspectiva relacional do cuidado em saúde, mas pautando-se por outro arcabouço teórico, Fidelis (2018) utiliza-se da fenomenologia de Heidegger, para apontar que a natureza e o núcleo do ser humano em seu estado mais elementar são constituídos por cuidado, ou seja, sua existência depende disso. Com base nessa concepção, a autora acredita ser possível romper com a lógica de reducionismo orgânico, psíquico ou social e com o tecnicismo que paira em muitas práticas e serviços. Permite ainda práticas de atenção e escuta que não se pautam, ou não estão centralizadas nas expectativas do profissional que cuida, ou seja, do que ele entende como necessário.

Fidelis (2018) defende que o cuidar em saúde acontece na dinâmica entre duas pessoas, o profissional e aquele que busca o dispositivo de saúde e, a partir daí, se abrem possibilidades para o potencial de saúde emergir. O profissional de saúde é entendido como um cuidador, não no sentido de fazer POR e sim fazer COM o usuário, pois quando se faz “por” não há necessariamente um compromisso com a relação e sim com o atendimento de uma necessidade, ou seja, de resolutividade de uma dada situação. Já quando se faz “com”, leva-se em consideração o contexto em que ambos se encontram, uma vez que o cuidado implica disponibilidades.

O cuidado é construído quando a existência da pessoa assistida adquire significado para aqueles que estão envolvidos na assistência. Deste modo, o profissional apresenta disponibilidade para participar das escolhas, dos sofrimentos, desejos e conquistas da pessoa, assim como esta apresenta disponibilidade para compartilhar sua vida. Cuidado implica “compreender o outro como um ser humano em busca de conhecimento de seus processos, que muitas vezes transcendem o próprio sintoma que ele expressa” (Fukumitsu et al. 2009, p. 173). O cuidado pode ser compreendido como uma condição existencial e, também, como um processo que se encontra nas relações estabelecidas entre os profissionais de saúde e as pessoas que os procuram, com vistas a amenizar o sofrimento. (FIDELIS, 2018, p. 567)

No sentido de conhecimento dos próprios processos relacionais de cuidado, mas sob uma perspectiva da saúde mental, Oliveira et al (2012) relatam a importância de os usuários compreenderem as práticas ofertadas nos serviços de saúde mental e participarem ativamente na produção de saberes em saúde mental, visto que não existe reforma psiquiátrica sem eles, fato enfatizado por Amarante (2003, 2007). Estes fatores são, inclusive, direito de todo usuário de saúde mental. Além disso, ter a consciência deles diminui o risco de práticas de cuidado institucionalizantes.

Em sua pesquisa desenvolvida através de fotografias que retratavam o cotidiano de dispositivos de saúde mental, levantadas através de uma busca realizada na internet, Fidelis (2018) observou o aparecimento de imagens que remetem a oficinas terapêuticas e confraternizações que pareciam contribuir para maior convivência entre os usuários.

Entretanto faz um contraponto interessante ao destacar que é preciso atentar para o sentido dado à essas programações, para que essas atividades sejam de fato momentos de interação e relação entre todas as pessoas envolvidas, e sejam construídas de forma coletiva entre equipe e usuários do serviço.

Outro destaque trazido por Fidelis (2018) é de uma imagem que remete à realização de fisioterapia com uma usuária, em que a profissional se encontra próxima à mesma. A partir da imagem, refere a importância de atividades corporais, que muitas vezes são esquecidas ou desqualificadas nos contextos de serviços de saúde mental. E, mais que isso, ressalta que qualquer encontro é capaz de proporcionar uma troca intersubjetiva em que a pessoa que está sendo cuidada possa ser considerada em seus diferentes aspectos e, também, incluída na construção daquele momento. É importante apontar, aqui, que em sua pesquisa Fidelis (2018) encontrou tanto cenas que indicavam a predominância do cuidado pautado numa abordagem biomédica, como aquelas que expressam o cuidado integral, consonante com as propostas da RPB.

Acerca da possibilidade de construção conjunta do cuidado, vale ressaltar os apontamentos de usuários entrevistados na pesquisa de Oliveira et al (2012), segundo os quais é necessário disposição e atenção da equipe, de forma acolhedora, humanizada e com espaço para aceitação da subjetividade). Além disso, tais sujeitos relataram sentir que existe a liberdade e a possibilidade de fazer escolhas, opinar, participar de ações que fazem sentido para eles. Dessa forma, sentem-se pertencentes àquele serviço. Entretanto, é importante destacar aqui que isso não acontece a todo momento e que também há críticas à forma como determinadas atividades acontecem no serviço pesquisado, como a assembleia citada no tópico anterior.

Oliveira et al (2012) têm uma compreensão relacional do cuidado e entendem que este deve possibilitar ao usuário sua atuação como sujeito da comunidade, como ser reflexivo e operativo. A partir dessa concepção dos autores e do que foi referido pelos usuários acima, nos chama a atenção que, justamente a assembleia, que deveria ser o momento de escutar os apontamentos, reflexões, questionamentos e tensionamentos para modificação e melhoria das atividades que acontecem dentro do serviço, e de possibilitar a construção de rede, seja o espaço criticado. Tal crítica pode revelar que essa atividade existe, predominantemente, para “cumprir tabela”.

Ainda como resultado da referida pesquisa, os participantes afirmam ter grande parte de sua rede social no serviço em que fazem tratamento e perceberem o CAPS como sua “segunda casa” onde recebem o afeto que a família não dá. Dessa forma, enxergam o

serviço como um lugar de proteção afetivo-social, o que parece bastante positivo não fosse o fato de dizerem sentir medo da convivência em outros espaços. Por outro lado, como já apontado no tópico anterior, os usuários do CAPS estudado também referem práticas de “não atenção” por parte dos profissionais como: manipulação, tutela, estigma, punição e segregação, além de não responsabilização por parte da equipe. Dizem não ter clareza de seu PTS o que, por vezes, leva a um sofrimento psíquico. Além disso, queixam-se de questões mais práticas e estruturais como a falta de vale alimentação, vale transporte e material para realização das oficinas (OLIVEIRA et AL, 2012).

Em relação à construção do PTS, é interessante retomar os apontamentos de Leite e Barros (2018) que pontam que uma das contribuições dos profissionais entrevistados em sua pesquisa é a aposta em potencializar e promover o empoderamento, autonomia e protagonismo dos usuários. Para as autoras, uma das maneiras de viabilizar tais conquistas é justamente a construção do PTS junto com usuário e também com o NASF o que, talvez, possibilitasse menos dúvidas e, conseqüentemente, menos sofrimento em relação ao seu próprio tratamento e doença, visto que este seria feito a partir das necessidades por ele reconhecidas e expressas. A nosso ver, cabe destacar que esse sofrimento pode levar até a desistência de permanência nos serviços por parte dos usuários e que, somente através da escuta e valorização do que o usuário sabe sobre si é que se viabiliza o cuidado integral.

Os profissionais entrevistados por Ballarini et al (2018) vão além e afirmam que a adoção de PTS na prática cotidiana é justamente o que permite a permanência dos usuários no serviço. Ele pode ser construído através do que entendem como estratégias de cuidado, sendo elas a psicoterapia individual, ateliê, oficinas de beleza, culinária, saúde e a existência de ATs, de acordo com a demanda e necessidade de cada usuário.

Campos (2006) traz alguns apontamentos que viabilizariam a ampliação da clínica e, conseqüentemente, promoveriam a integralidade do cuidado. Primeiramente, pensar em uma organização de trabalho que facilite a construção de vínculos, relação horizontal e a definição de responsabilidade clínica entre os trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Em segundo, desenvolver mecanismos que avancem na democratização das organizações de saúde, de forma que se permita o compartilhamento da gestão em todas as etapas, tarefa difícil, que exige desenvolvimento institucional e dos sujeitos envolvidos com o processo.

Jorge et al (2011) destacam que a dinâmica de funcionamento do CAPS pesquisado segue na direção supracitada por Campos (2003), priorizando o trabalho em

rede, por meio de uma gestão participativa, efetivada a partir de reuniões para discutir o processo de trabalho, comunicação dos trabalhadores entre si e da construção de um PTS que privilegie as singularidades de cada sujeito.

Vasconcelos et al (2016) apontam que refletir sobre o PTS rompe com a ação normativa, no sentido de simples aplicação de conhecimentos biológicos sobre a doença e se aproxima de um processo social complexo que implica na consideração de outros conceitos, como loucura, inserção social e concepção de saúde e doença. Desta forma, pode contribuir para a mudança das práticas de saúde e possibilitar a efetivação dos atos assistenciais. Os autores fazem muitas ponderações sobre a importância da adoção dessa prática e afirmam que a forma como os trabalhadores produzem para si a ideia do cuidado irá definir a forma com a qual se vai trabalhar efetivamente. Embora os autores façam essa defesa, observaram dificuldades na sua materialização na realidade estudada, tal como descrito no subcapítulo anterior.

Ballarini et al (2011) relatam a superação da clínica tradicional rumo a uma assistência integral e humanizada como uma proposição a ser atingida, pois ainda há intervenções e práticas em saúde desarticuladas e fragmentadas. Em sua pesquisa, referem ter encontrado duas lógicas coexistindo no CAPS analisado: uma delas centrada no médico e em procedimentos técnicos e a outra centrada no usuário. As autoras ressaltam que o fato de a primeira existir compromete a comunicação dentro do serviço.

Nesse sentido, há, em um mesmo serviço, práticas concomitantes que expressam, por um lado, o distanciamento e o isolamento produzido entre os interesses de usuários e o cuidado a eles oferecido, e, por outro, práticas dirigidas ao fortalecimento e autonomia do sujeito, objeto de intervenção. A coexistência desses diferentes modos de operar revela a presença de dois paradigmas que influenciam diretamente as intervenções dos profissionais, criando obstáculos que dificultam a comunicação entre eles, não somente no próprio serviço, como, também, com os demais serviços que compõem a rede de atenção, comprometendo, conseqüentemente, a integralidade do cuidado e a atenção psicossocial. (BALLARINI et AL, 2011, p. 163)

Nessa perspectiva de integralidade do cuidado, algo relevante que foi encontrado em alguns artigos e cabe o destaque é a importância do acolhimento como dispositivo relacional transversal na conduta terapêutica, o que, inclusive, é uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH). Esta prática é entendida pelos profissionais como fundamental no processo de acompanhamento e inserção dos usuários no serviço, bem como potencializador da prática integral em saúde (Ballarini et al, 2011; Jorge et al, 2011; Moreira et al, 2018).

Os profissionais entrevistados por Ballarini et al (2011) destacam que há uma diferença entre triagem e acolhimento. O primeiro é visto como uma parte do processo de cuidado, é o momento de chegada do usuário ao serviço, em que a equipe irá escutar as demandas do caso e avaliar se há indicação para a permanência naquele dispositivo ou se deve ser encaminhado para outro.

Cabe ressaltar aqui um fato interessante encontrado por Ballarini et al (2011) e, também, por Moreira et al (2018): o médico ser a única categoria profissional que não participa dessa etapa. As autoras não explicam os possíveis motivos para tal ausência dos médicos, mas é possível antever que situações como essa indicam não apenas limitações na implementação da interdisciplinaridade, como a centralidade (ou o lugar especial) dada à figura do médico.

Já tendo apresentado a noção de triagem, iremos discorrer sobre o conceito de acolhimento, que é entendido como uma tecnologia leve relacional, é “estar com” o outro, é tudo aquilo que permeia o projeto terapêutico do indivíduo desde a sua construção (JORGE et AL, 2011).

Moreira et al (2018) identificam dimensões distintas do processo de acolhimento:

uma dimensão ética, referente ao compromisso de reconhecimento do outro em sua singularidade, em seu sofrimento, em suas potencialidades e em seu modo de vida específico; uma dimensão relacional, no desenvolvimento de habilidades que permitam receber, escutar e tratar as demandas com o estabelecimento de uma relação de confiança e apoio entre trabalhadores e usuários; uma dimensão técnica, que exige a articulação dos saberes da equipe multiprofissional, a fim de construir e articular respostas às necessidades identificadas nos casos acolhidos; e uma dimensão política, pois implica em um compromisso coletivo de potencializar nas relações a autonomia e protagonismo do sujeito; e, assim, assume a dimensão de reorientação do serviço. (MOREIRA et AL, 2018, p. 1124).

Os autores apontam, ainda, que o acolhimento ocupa lugar central no projeto institucional, que deve ser priorizado na organização dos processos de trabalho e cuidado, além de ser considerado nos processos de educação permanente, para que não se torne uma “triagem burocrática” (MOREIRA et AL, 2018).

De acordo com Ballarini et al (2011), o acolhimento desloca a centralidade no atendimento médico para a equipe multiprofissional, aumentando o potencial de ação das práticas em saúde, a partir da lógica de produção de saúde e não mais de cura para alguma enfermidade. Para Jorge et al (2011) é isto que possibilita a construção do que chamam de integralidade e humanização do cuidado.

Moreira et al (2018) apontam algumas mudanças realizadas no serviço estudado em prol da melhoria do atendimento, dentre elas, algo que parece simples, mas que tem muito significado e impacto: a estética e ambiência do serviço, de forma que sua reestruturação proporcionasse uma atenção mais acolhedora, resolutiva e humana, que viabilizasse a privacidade e conforto. Desta maneira, há espaço para a produção de subjetividades no encontro entre sujeitos para reflexão sobre os processos de trabalho e cuidado.

Algo que chamou atenção de Moreira et al (2018), e também a nossa, foi a naturalização do discurso de alguns profissionais, em contraponto a outros, sobre as filas de espera no SUS. A forma como o acolhimento era organizado nesse serviço implicava em grande limitação de casos a serem atendimentos e em familiares que muitas vezes voltavam para casa sem terem suas demandas atendidas. Eles apontam que o sofrimento vivenciado pelos usuários e familiares que buscam o serviço é atravessado por urgência de escuta e que, portanto, a equipe deve se atentar ao fato de que o acolhimento é mais que um procedimento, por isso devem manter uma postura acolhedora e uma resposta prévia sobre a possibilidade de espera ou não do caso.

Algumas características são apontadas como importantes para o processo de acolhimento, como a empatia, entendida pelos pesquisadores como “elemento relacional que permite uma melhor compreensão da experiência do usuário e que favorece a relação entre este e o profissional, sendo fundamental para o desenvolvimento do processo de cuidado” (MOREIRA et AL, 2018, p. 1127) e a disponibilidade para uma escuta atenta.

Existem particularidades na clínica de um CAPSi que entendemos que merecem algumas considerações. A primeira delas, apontada por Moreira et al (2018) é a postura ética de desconstruir aspectos de ordem moral e do que o profissional entende como ideal de infância, adolescência, família e saúde. Em direção semelhante, Barbosa et al (2006) enfatizam que restituição do indivíduo com sofrimento psíquico ao estatuto de sujeito jurídico-político – que inclui todos os usuários da saúde mental, sejam crianças, adolescentes ou adultos – possibilita a renovação das práticas técnico-assistenciais a partir do preconizado pelo movimento da luta antimanicomial e o exercício do cuidado.

Oliveira e Miranda (2015) apontam que é necessário entender o processo de acolhimento para compreender a organização do trabalho do CAPSi estudado por elas, pois trata-se do processo que estrutura toda a porta de entrada do serviço, já que todos os pacientes passam por ele. Os casos acolhidos são levados para reunião de equipe para que seja dado o direcionamento mais adequado, se elabore uma hipótese diagnóstica e o PTS

de cada usuário, sempre discutido e construído em reuniões de equipe. Os profissionais entrevistados esclarecem que sua função e atuação não são desempenhadas apenas de acordo com a própria categoria, que estão entre os profissionais de mais diversas áreas e formações que trabalham num sentido de construção coletiva (Oliveira e Miranda, 2015). Trata-se de um fato importante, que merece ser destacado, pois faz um contraponto com o resultado de diversas pesquisas apresentadas no tópico anterior, que apontam para o excesso de especialização nas práticas e centralização na figura do médico (ainda que no serviço em questão, o psiquiatra não participasse das discussões coletivas, restringindo sua atuação à prescrição de medicação – ou seja, não estava centralizado, mas também não se encontrava integrado).

Agora que relatamos a importância do acolhimento, é necessário dizermos que ele por si só não é responsável por todo o sucesso do cuidado que se entende ampliado, pois depende de outros fatores. Assim, além do acolhimento, os autores relatam a importância do vínculo, da corresponsabilização e da autonomia, considerando-os como quatro “dispositivos relacionais” interligados que são construídos a partir dos encontros entre profissionais de saúde e usuários. Encontros estes que proporcionam significados em cada ato terapêutico. (Jorge et al, 2011).

Jorge et al (2011) defendem que o acolhimento é capaz de reestruturar o cuidado integral em SM, sendo empreendido através do diálogo entre trabalhador de saúde e usuário/família, escuta, atendimento e resolutividade. O vínculo, então, favorece esse cuidado por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, à medida em que constrói laços afetivos, confiança, respeito e valorização dos saberes de todos os envolvidos nesse processo. Ele propicia, por conseguinte, o desenvolvimento da corresponsabilização, da parceria entre esses atores a fim de melhorar a qualidade de vida do portador de transtorno mental. Já a autonomia é compreendida como o resgate da cidadania dessas pessoas, buscando autoestima, poder contratual e o autocuidado, tendo como pilar o projeto de vida de casa usuário.

Foi encontrado nos artigos que, embora haja tensão no cotidiano dos CAPS pesquisados, há também a aposta de que a clínica em SM se aprimora a partir do aprofundamento e qualificação dos encontros entre quem cuida e quem é cuidado (Ballarini et al, 2011; Jorge et al, 2011; Lima e Barros, 2018; Cattani et al, 2018). O cuidado se estabelece, então, a partir de uma relação de confiança, compromisso e escuta, concretizando-se a partir de atitudes, comportamentos e atos.

De acordo com Barros et al (2007), cuidar é uma atitude de responsabilização, ou seja, para que o cuidado possa ser estabelecido, o profissional deve ser capaz de responder e trazer para si a função de resposta por determinada ação ou ato. Esta tomada de responsabilidade é um conceito que deriva da psiquiatria democrática italiana e ganha espaço e relevância na reforma psiquiátrica brasileira. Os autores afirmam que ela pode ser entendida como implicação, no sentido de que o profissional deve se importar e agir sobre aquilo que é dito pelo sujeito, numa proposta de fortalecimento de laço entre sujeito, serviço e território. onde acontecerão os atendimentos. Essa tomada de responsabilidade significa

um direcionamento da atenção, levando em conta: a escuta; o acolhimento; a ética; a autonomia; o resgate da cidadania; a subjetivação, o respeito, a liberdade e a inclusão social, dentre outros. É ao redor deste ideário e acordos comuns que profissionais com diferentes formações, com diferentes crenças e filiações teóricas, se reúnem e formam equipes multidisciplinares, que trabalham no cotidiano dos serviços de saúde mental e no campo da atenção psicossocial (BARROS et AL, 2007, p 817).

Neste sentido, Leite e Barros (2018) identificam a partir de sua pesquisa que o processo relacional permite à RAPS algumas potencialidades, como a identificação dos profissionais entrevistados com o campo da saúde mental, o fato de os usuários serem enxergados como potenciais agentes de transformação e a empatia entre equipe e usuários. Apontam que embora haja reprodução de práticas manicomial na RAPS e modelos fragmentados e engessados na proposta de cuidado a saúde, há também potência para que o cuidado possa emergir e ser consolidado na prática.

Ao falar sobre potência, entendemos que há o que ser melhorado, e que existe a possibilidade para tal. Dito isso, é importante considerar que a revisão bibliográfica aqui realizada vem mostrando que, embora exista avanços, ainda há uma baixa efetividade em alguns CAPS no sentido de corresponder àquilo que é preconizado pela PNSM, além de regiões com baixo acesso à atenção em saúde mental.

Entre os aspectos que ainda se mostram desafiadores para implementação efetiva da PNSM está a própria integralidade do cuidado. A esse respeito, é interessante apresentar a compreensão de Cardoso et al (2016) que a entendem não só como a apreensão integral do sujeito, como também a atribuição de novos valores e dispositivos técnicos que possibilitem a consideração dos indivíduos em suas mais diversas dimensões. Para se pensar na integralidade do cuidado, é fundamental considerar a

participação política dos cidadãos. Os autores apontam que há gestores que ainda não compreendem, nem promovem participação de usuários e familiares na implantação de políticas públicas. Nessa direção, da falta de participação e, talvez desconhecimento, chama a atenção o fato de sua pesquisa apontar o hospital geral como sendo a porta de entrada mais procurada pelos familiares de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, ainda que após recorrerem à vários mecanismos de apoio, como rezas, bençãos e conselhos.

Pensando nesse percurso terapêutico pela busca de ajuda e cuidado em saúde, é importante apontar uma especificidade trazido por Marques e Mângia (2009) em sua pesquisa com sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. As necessidades de tais sujeitos, em geral, são negadas pelos familiares e por eles mesmos, pois não reconhecem o uso problemático do álcool e outras drogas, enxergando-o como uma questão de outra ordem que não a de saúde. Conseqüentemente, acabam recorrendo a diversos setores antes de assumirem seu sofrimento psicossocial e a necessidade de cuidado em saúde. Acredito que pelo fato de não obterem sucesso na resolução de suas questões por estas vias, recorram ao hospital por ser a opção que conhecem como possibilidade de inserção na saúde.

Marques e Mângia (2009) relatam uma ausência de políticas públicas de saúde consistentes para o problema AD, que acaba sendo tratado, predominantemente, nos âmbitos da justiça, segurança pública, pedagogia, filantropia e religião. Desta forma, os modelos de cuidado acabam sendo disciplinares e religiosos, pautados na lógica da internação, segregação e abstinência, o que vai contra o preconizado pela proposta de redução de danos, proposta essa que, no período da realização da pesquisa das autoras, recebia incentivos previstos pelo MS e configura-se como um conjunto de intervenções de saúde pública que visam prevenir as conseqüências negativas de álcool e outras drogas e não como abstinência

Essa problemática acaba ficando mais evidente a partir do que foi batizado como a “epidemia de drogas”, expressão que pretende ilustrar o desejo social especial de reabilitar condutas e reinserir o sujeito na economia, através do exercício da culpa e do controle dos corpos (VASCONCELOS et AL, 2015).

Vasconcelos et al (2015) defendem que a construção de ações de cuidado deve ter como diretriz a superação da tendência de criminalização do consumo de drogas, a ênfase ao respeito dos direitos humanos e a construção de alternativas eficazes de saúde pública

aos sujeitos que necessitam de cuidados. Ressalta-se a necessidade de incluir usuários em uma rede ampliada de cuidado, que não só os atenda como dê continuidade à atenção.

Neste sentido, Marques e Mângia (2009) trazem um termo interessante para a discussão, o “cuidado efetivo”, que materializa-se quando se considera as vulnerabilidades e os contextos sociais de cada sujeito. Para que os CAPSad possam ofertar esse cuidado integral, com práticas terapêuticas, preventivas, de promoção de saúde, educação e reabilitação psicossocial, é necessária articulação à rede de cuidados em SM e à rede de cuidados em DST/AIDS. Imprescindível também é a articulação como outros serviços que não só do setor da saúde pública, como da educação, trabalho e promoção social, levando em consideração as relações existentes entre contextos sociais. Além disso, é importante entender que prevenção, tratamento e reabilitação devem ser considerados concomitantes e não como estágios separados.

A partir das considerações acima, Mângia e Marques (2006) defendem que os CAPSad podem constituir campo privilegiado na construção de PTS ao desenvolver estratégias que invistam na vida concreta dos sujeitos e nos seus contextos de existência. A continuidade do acompanhamento, acima apontada como fator primordial para a efetivação do cuidado, favorece a construção de processos de inclusão e trocas de bens sociais, recursos e afetos, além de possibilitar que os sujeitos ressignifiquem suas histórias, restaurem laços afetados ou rompidos e promovam percursos a fim de possibilitar a entrada e o pertencimento em espaços capazes de potencializar a produção de saúde e de vida.

A nosso ver, as perspectivas acima apontam o que o CAPS pode (ou deveria) ser, enfatizando princípios do cuidado, do SUS e da RPB, mas fazem uma abordagem um tanto quanto idealizada, sem problematizar as dificuldades e discutir estratégias de enfrentamento para tais limites.

Retomando a discussão, a continuidade do acompanhamento também é destacada por Cattani et al (2018), ao abordarem a importância de preparar o usuário após sua alta numa unidade de internação psicossocial, no sentido de construir um trabalho de articulação em rede, favorecendo a consideração das variadas questões que envolvem a vida cotidiana dos usuários. Vale ressaltar que o trabalho em rede não só inclui a pessoa internada, como o suporte à sua família e sociedade, no sentido de trabalhar a lógica que ainda hoje permeia a loucura e ressaltar a importância da ressocialização do louco no território.

A principal fonte de cuidado do usuário é a família, e o desconhecimento da mesma sobre os transtornos mentais pode causar desgaste e sofrimento para ela e para a relação, por isso é importante que conheçam as limitações e particularidades acerca do diagnóstico. Os autores apontam para a necessidade de construção compartilhada do conhecimento e valorização da pessoa, como forma de contribuir na prevenção de agravos e promoção da saúde, pois entendem que quando o cuidado é efetivo, ele pode incidir diretamente na diminuição de reinternações (CATTANI et AL, 20181).

O cuidado atua enquanto relação promotora de encontro, construção e, conseqüentemente, de uma nova forma de o sujeito ser e estar no mundo, mas também tem como proposta ressituar o campo da SM no que diz respeito ao território, rede e diversidade de estratégias e ações integrais. Ou seja, além da relação entre pares, é fundamental observar a relação entre produção de cuidados e território para que não se reproduzam lógicas de sujeição e dominação dos sujeitos (BARBOSA et AL, 2016).

O trabalho no território é importante para que se construa espaços para a produção de cuidado para além dos serviços de saúde mental, de forma que se produza novos lugares sociais para a loucura. E permite pensar a relação entre o natural e o social, a produção de subjetividade, singularidade e a emergência de potencialidades. Barbosa et al (2016) classificam isso como uma noção ampliada de cuidado. A proposta é que haja um resgate das dimensões relacional e processual do território, a partir do encontro entre a dimensão singular, social, política, econômica e cultural, favorecendo vias de circulação ao sujeito em sofrimento psíquico.

Falar de território implicar em falar sobre cotidiano, Leal e Delgado (2007) o entendem como o “*‘mundo de vida’, o lugar de existência de todos nós*” (p. 145), como sinalizado anteriormente. Os autores afirmam que é o espaço em que a vida acontece, onde se realizam atividades, movimento e que ele não só nos influencia, como é construído por nós. Desta forma, o CAPS deve estar atento no cuidado que oferece, para que este não seja rígido e engessado, e considere a complexidade do sujeito e não o trate como um mero conjunto de sintomas. O cuidado proposto dentro desse serviço deve considerar o cotidiano do sujeito como forma de ser e estar no mundo, construída a partir das experiências que teve ao longo da vida, por mais que pareça sem sentido para aquele que vê.

Entretanto, Barbosa et al (2016) fazem uma ressalva: é necessário sempre nos atentarmos aos riscos também presentes nestas novas configurações de tratamento em serviços abertos, de base comunitária e com possibilidade de circular pelo território.

Embora as possibilidades de circulação sejam maiores do que antigamente e os indivíduos não sejam mais disciplinarizados pelo encarceramento físico, na visão dos autores, atualmente, acabam sendo punidos através de psicofármacos, que passam a controlar hábitos, condutas, pensamentos e delírios. Eles minimizam o risco da violência a um custo psíquico e social elevado (BARBOSA et AL, 2016). Novamente, cabe ressaltar aqui que, no nosso entendimento, o uso de psicofármacos em si não é o problema, e sim a forma como este vem sendo administrado nos serviços de saúde, seu uso excessivo e a centralidade que tomam no tratamento, o desconhecimento (ou mesmo alienação) dos usuários em relação a eles, são fatores que, dentre outros, podem surtir esse efeito de controle.

Moreira e Bosi (2019) relatam, inclusive, que os usuários de sua pesquisa destacam a prescrição correta do medicamento como um aspecto importante da qualidade do cuidado, uma vez que este ameniza sintomas e previnem novas crises. Se feita de forma arbitrária, a prescrição medicamentosa interfere drasticamente no cotidiano dos usuários devido aos efeitos colaterais dos remédios, como tontura, náuseas, boca seca. Neste mesmo estudo, os autores também alertam para o fato de que nos CAPS pesquisados também ocorre a centralidade da medicação no tratamento, ao passo que alguns usuários iam aos serviços apenas para busca-la, sem nenhum outro tipo de projeto terapêutico estabelecido.

Barbosa et al (2016) ressaltam que os relatórios das CNSM apontam que o que permite a saúde mental se reorganizar e funcionar no interior do dispositivo de segurança é a noção de “redes de cuidados” ou “linhas de cuidados”. Segundo suas recomendações, o cuidado deve se ocupar da integralidade do sujeito e alcançar todas as dimensões da vida humana, capturando-a em sua totalidade.

Deverá, ainda, se organizar em redes ampliadas, formadas por componentes institucionais, como os CAPS e as unidades básicas de saúde, entre outros, abrangendo, também, outras instâncias comunitárias situadas no território, entre as quais: a família, as redes locais, representadas pela associação de moradores, pela igreja e, mais ainda, componentes intersetoriais, como a escola, os serviços de assistência social etc. Na sociedade de segurança, mediante o cuidado, os agentes do campo da saúde mental poderão alcançar todo o território de circulação da pessoa em sofrimento psíquico, numa nova relação de horizontalidade e transversalidade, em detrimento da verticalidade que o caracterizou na sociedade disciplinar (BARBOSA et AL, 2016, pp 924-925).

A partir do fragmento acima é importante destacar que as práticas de cuidado comunitárias devem ser entendidas como tecnologias leves, o que implica em custos menores e melhor custo/benefício, se comparado aos custos da assistência hospitalar, o

que torna esse tipo de cuidado facilmente ajustável aos objetivos econômicos da gestão de saúde no contexto de sociedades neoliberais. (BARBOSA et al, 2016). Ou seja, o investimento nessas tecnologias seria viável e não apresentaria excesso de gastos no orçamento, o que facilitaria sua implementação e efetivação na configuração de sociedade que possuímos hoje.

Pensando nessa questão de alocação de recursos, Oliveira (2007) nos traz uma reflexão interessante:

Analisando-se o sistema de financiamento dos CAPS, percebe-se também uma grande dificuldade na consecução dos objetivos da atenção psicossocial, pois a lógica da remuneração via Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) vincula-se principalmente à doença, na sua delimitação clínico-diagnóstica tradicional e compromete a possibilidade de atenção psicossocial. O médico psiquiatra é o profissional responsável pela assinatura do documento que garante o financiamento dos CAPS (APAC) e, em nosso meio, como já apresentamos, ele é o profissional menos presente nas equipes. (OLIVEIRA, 2007, p. 699).

A partir deste fragmento a autora questiona o fato de o CAPS ser organizado legal e normativamente em torno da atenção psicossocial, e ter a exigência da indicação de um médico mediante diagnóstico médico-psiquiátrico para garantir o financiamento. Esse profissional, sendo o mais ausente na equipe pesquisa, é o que detém maior autoridade no processo terapêutico. Aqui cabe destacar que esta ausência é comum à diversas realidades estudadas, como apontada no tópico anterior.

Um fator gravíssimo apontado por Oliveira (2007) é o preenchimento do formulário por outros profissionais de nível técnico e superior, mas não médicos, restando a eles, somente assinar e carimbar. Isto se configura como a demonstração de que, muitas vezes, o médico é o detentor da autonomia e autoridade sobre o processo terapêutico, mesmo em contexto psicossocial e precisa ser constantemente debatido e revisado não só nas pequenas ações cotidianas, como a nível de política pública.

A partir de tudo que foi apresentado, é possível pensar que o trabalho em atenção psicossocial é instável e está em constante construção. É necessário resgatar as potencialidades humana, individual e coletiva e o protagonismo de todos os atores envolvidos no processo de cuidado – profissionais, usuários e familiares/comunidade e isto é tarefa cotidiana, que se faz a partir da crítica e autocrítica para que não se torne apenas uma prática psiquiátrica atualizada.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A RPB e a atenção psicossocial trazem importantes mudanças nas concepções de cuidado, visando superar a manutenção da abordagem biomédica a partir da incorporação de autores que trabalham com a psiquiatria democrática italiana, a psiquiatria fenomenológica, a antropologia, a psicanálise, a análise institucional, a esquizoanálise e a leitura foucaultiana da história da loucura e da clínica. As diferentes concepções, muitas vezes, se interceptam tanto na prática clínica cotidiana dos serviços, como em muitas discussões teóricas dos autores. Talvez em função disso, ao longo da dissertação também não foi possível distinguir, nitidamente, as noções de clínica e de cuidado em saúde. As concepções que mais apareceram nos artigos foram as de “clínica ampliada”, “cuidado integral” e “cuidado humanizado”. Os artigos discutem o cuidado ou a clínica de forma geral, tratando pouco (ou de modo indireto) do tema da reabilitação psicossocial. Portanto, esta é uma noção menos utilizada. Também não foram identificados artigos que tratam do *recovery*, noção já bastante discutida no âmbito da saúde mental canadense e com importante penetração no Brasil.

Ainda que as concepções sejam múltiplas e convirjam em direção ao cuidado relacional, de consideração do outro e da sua subjetividade, as práticas nos serviços ainda encontram-se engessadas, tecnocráticas e cronificadoras. No geral, os artigos apontam para os desafios no cuidado e poucas experiências exitosas aparecem, indicando pouca sistematização das mesmas e, assim, dificuldade de visualização de como estas ocorrem na prática.

A partir dos artigos analisados observamos o tensionamento existente nas práticas dos serviços de saúde mental no Brasil. Os autores apontam que a falta de formação continuada dos profissionais da saúde mental, a dificuldade de articulação em rede e as condições de trabalho (precariedade nos serviços e fragilidade do vínculo empregatício) são os principais fatores que contribuem para a manutenção de práticas manicomialistas. A nosso ver, cabe acrescentar, ainda, a necessidade de espaços de reconhecimento e análise coletiva dos afetos e sentidos advindos das relações de profissionais entre si, com usuários e outros atores. Exemplos desses espaços são as supervisões clínico-institucionais, pouco citadas nos artigos.

A relevante incidência da abordagem biomédica fica evidente a partir dos relatos de centralidade do saber e da prática na figura do médico, da não integração dos usuários na construção das atividades coletivas, do esvaziamento político em espaços importantes

– como as assembleias – e a falta de elaboração de um PTS conjunto com os usuários, o que demonstra uma desconsideração da equipe daquilo que só o usuário conhece sobre seu processo saúde-doença. Embora a proposta da atenção psicossocial seja romper com as concepções tradicionais da psiquiatria, ainda existe a necessidade de avanços para que se atinja esse ideal.

A estratégia de acolhimento aparece como central e indispensável para a garantia da qualidade do cuidado em saúde mental, desde o momento da triagem no serviço de entrada até o acompanhamento de cada usuário, passando por diversos dispositivos da RAPS e de outros setores que não só os de saúde. E para que esta seja bem sucedida, é fundamental considerar a relação entre os profissionais de saúde e os usuários.

Grande parte dos artigos convergem ao colocar ênfase nessa relação, no reconhecimento do sujeito e na conseqüente valorização de sua autonomia. Entretanto, o que fica evidente é que esta tem pouco chão para se estruturar devido a dificuldades já citadas anteriormente. A qualidade da relação é essencial nesse processo, mas não se sustenta por si só, é necessário que haja uma gestão comprometida, trocas entre a equipe, parcerias intersetoriais e condições estruturais mínimas de trabalho.

Outro fato que nos chamou bastante a atenção foi a identificação, em mais de um artigo, de profissionais dos CAPS que não reconhecem o serviço como referência no atendimento à crise. Como conseqüência, em situações de urgência, rapidamente, encaminham o caso para o serviço de saúde mais próximo ou acionam a figura do médico imediatamente, a fim de lidar com a crise através de contenção medicamentosa como primeiro e, por vezes, único recurso.

Destacamos também os “usuários profissionais” encontrados em uma pesquisa. Podemos pensar em dois pontos a partir disso: o primeiro é que isto pode ser visto como um efeito colateral da desarticulação com a rede e com o fato de as cidades serem, ainda, super excludentes, então qual o lugar social do louco? Faltam pontos de cultura, espaços de lazer, oportunidades de trabalho e propostas de geração de renda que ofereçam diferentes possibilidades de circulação e existência. O segundo é, que se criou-se essa dependência, podemos pensar que existe um vínculo significativo entre a equipe e o usuário e que o mesmo identifica o serviço como lugar quase exclusivo de pertencimento.

A partir disso, cabe fazer apontamentos importantes em relação ao tempo em que vivemos. A política de saúde mental é um avanço civilizatório e traz efeitos concretos para a vida das pessoas. O movimento da reforma psiquiátrica é reflexo de lutas históricas que ganhou corpo numa conjuntura política progressista e favorável. Entretanto, desde o

golpe sofrido pela presidenta da república Dilma Rousseff, em 2016, a saúde pública e, em especial a saúde mental, vem sofrendo uma série de ataques que se encaminham para um enfraquecimento das ofertas de cuidado em saúde. Houve uma mudança significativa na correlação de forças políticas e setores conservadores ganharam expressão e poder, o que se intensificou após as eleições presidenciais de 2018.

Os retrocessos na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e a publicação da portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera a política com medidas como o aumento do valor da diária de internação e do número de leitos dos hospitais psiquiátricos e reintroduz hospitais-dia na rede, bem como outras manobras citadas na justificativa, que também atuam no sentido de reverter a orientação do modelo psicossocial, são um exemplo de uma série de violências que as políticas públicas brasileiras vêm enfrentando.

Desde 2016 são indicados ministros da saúde e coordenadores de saúde mental que não têm relação tradicional com a área, com o nosso sistema público de saúde e com a reforma psiquiátrica, o que aponta não só para um descaso, mas para uma tentativa não só de enfraquecimento, mas de desmonte do SUS e de todos os avanços conquistados através de muita luta. Há um desejo explícito pela volta dos manicômios e de conduções de tratamento com uso de eletrochoques, afinal as instituições psiquiátricas combinadas com essas práticas violentas serviram bem ao fim de silenciar, segregar e excluir aqueles que estavam a margem do que se espera dos indivíduos em uma sociedade.

Além das perdas concretas de fechamento das casas de cultura e da inclusão – e forte valorização – das CT nas políticas podemos notar o acirramento da intolerância nos últimos anos, os ataques contínuos à democracia e à saúde mental. Estas perdas além de afetarem os usuários e familiares, desestimulam os profissionais e diminuem suas apostas nos serviços e, conseqüentemente, no outro, no sujeito. E todo o trabalho que deveria ser coletivo e se dar a partir das políticas públicas, se torna um esforço pessoal e interpessoal da equipe, o que o torna desgastante, solitário e quase impossível.

Reforça-se aqui a importância de resistir, se organizar e protestar mediante a tantos retrocessos que vem acontecendo. Em tempos sombrios, onde predominam o fascismo, a intolerância e as tentativas de silenciamento das subjetividades e das diferentes formas de ser e estar no mundo, faz-se necessário continuar de pé, pesquisando, produzindo, apostando na ciência e fazendo as múltiplas vozes serem ouvidas. É fundamental continuar apontando a violência que assola o país e que Brasil pode restar se continuarmos elegendo representantes fascistas. Eles não vão nos calar.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI NETO, Manoel de Lima; AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v.33, n.4, p. 964-975, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000400014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

AMORIM, Rafaela Gomes; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 37, n. 2, p. 273-288, Jun 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000200273&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000200273&lng=en&nrm=iso)>.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil/ coordenado por Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. Loucura e diversidade cultural: inovação e ruptura nas experiências de arte e cultura da Reforma Psiquiátrica e do campo da Saúde Mental no Brasil. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 763-774, Dec. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000400763&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000400763&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 de setembro de 2019.

ANDRADE, Andréa Batista de; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários. *Saude soc.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 887-900, set. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000300887&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000300887&lng=en&nrm=iso)>.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim Simões; FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Fábio Bruno de; MIRANDA, Iara Monteiro Smeke de. Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço. *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011; v. 35, n. 2, p.162-168. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcao\\_profissionais\\_caps\\_praticas\\_acolhimento\\_servi%C3%A7o.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/percepcao_profissionais_caps_praticas_acolhimento_servi%C3%A7o.pdf)>.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de; VERDI, Marta Inez Machado. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 917-928, dez. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000400917&lng=en&nrm=iso)>.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra et al. O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 178-189, Mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000100178&lng=en&nrm=iso)>.

BARROS, Sônia; OLIVEIRA, Márcia Aparecida Ferreira de; SILVA, Ana Luisa Aranha e. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. spe, p. 815-819, dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000500013&lng=en&nrm=iso)>.

BEZERRA, Daniela Santos; RINALDI, Doris Luz. A transferência como articuladora entre a clínica e a política nos serviços de atenção psicossocial. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 342-355, Junho de 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 3588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Nota Técnica nº 11/2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental em Dados – 12, ano 10, nº 12. Informativo eletrônico. Brasília: outubro de 2015. Acesso em: 29 de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa (organizador). A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67

\_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: Minayo C, et al., organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.53-92

CARDOSO, Márcia Roberta de Oliveira; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de; PIANI, Pedro Paulo Freire. Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 86-99, Jun 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200086&lng=en&nrm=iso)>.

CARVALHO, Maria de Fátima Alves Aguiar et al. Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 51, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342017000100479&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100479&lng=en&nrm=iso)>.

CATTANI, Ariane Naidon; SIQUEIRA, Daiana Foggiato de; TERRA, Marlene Gomes. Cuidado às pessoas internadas em unidade de internação psicossocial: significados atribuídos pela equipe de enfermagem **Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)**, v. 10, n. 4, p. 951-957, out.-dez. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-915554>.

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado.

COSTA, Maria da Graça Silveira Gomes da; FIGUEIRO, Rafael de Albuquerque; FREIRE, Flávia Helena Miranda de Araújo. O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 4, p. 839-851, dez. 2014. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2014000400013&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2014000400013&lng=pt&nrm=iso)>.

COSTA, Annette et al. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 7, p. 46-53, jun. 2012. Disponível em <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602012000100008&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000100008&lng=pt&nrm=iso)>.

CREMESP. Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Estado de São Paulo. Coordenação Institucional de Mauro Gomes Aranha de Lima. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2010.

ELIAS, C. S. et al. Quando chega o fim? Uma revisão narrativa sobre terminalidade do período escolar para alunos deficientes mentais. **SMAD: Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas**, v. 8, n. 1, p. 48-53, 2012.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200373&lng=en&nrm=iso)>.

FIDELIS, Ariélly Cristina. Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (sus). **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 561-582, agosto 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462018000200561&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200561&lng=en&nrm=iso)>.

FIGUEIREDO, Luiz Claudio. (a) A metapsicologia do cuidado. In: **As diversas faces do Cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea**. São Paulo: Escuta, 2014. pp 131-151.

\_\_\_\_\_. (b) Cuidado e Saúde: uma visão integrada. In: Cuidado, Saúde e Cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante. São Paulo: Escuta, 2014. pp 9-30.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. In: Reabilitação psicossocial no Brasil. Ana Maria Fernandes Pitta. São Paulo: Hucitec, 1996, pp 33-48.

GONÇALVES, Laura Lamas Martins; BENEVIDES DE BARROS, Regina Duarte. Função de publicização do Acompanhamento Terapêutico: A produção do comum na clínica. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, 2013, 25(2), 108-116. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822013000600014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822013000600014) Acesso em 29 de setembro.

JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, julho 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800005&lng=en&nrm=iso)>.

LANCETTI, Antonio. Clínica peripatética. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LEAL, Erotildes; DELGADO, Pedro Gabriel. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. et al. (Orgs.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: Cepesc; IMS/LAPPIS; Abrasco, 2007. p.137-54.

LEITE, Mikaelly Duarte; BARROS, Marcia Marica Mont' Aleverne de. Concepções de residentes em saúde mental sobre o cuidado ofertado em rede de atenção psicossocial. **Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup.** Rio de Janeiro. 2018, v.2, n. 1, p. 126-144. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/11643/pdf>.

MARQUES, Ana Lucia Maninho; MÂNGIA, Elisabete Ferreira. O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 20, n. 1, p. 43-

48, jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/download/14055/15873/>>.

MERHY, Emerson Elias. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. desafios para os modos de produzir o cuidado centrados nas atuais profissões. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Saúde da Comunidade Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2007. Disponível em: <[http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco\\_de\\_textos.html](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/banco_de_textos.html)>. Acesso em: 31 de agosto de 2019.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276, out. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200006&lng=en&nrm=iso)>.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 159-164, fev. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000100021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100021&lng=en&nrm=iso).

MOREIRA, Daiana de Jesus; BOSI, Maria Lucia Magalhães. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, 2019. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312019000200603&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000200603&lng=pt&nrm=iso)>.

MOREIRA, Carolina Pinheiro; TORRENTE, Mônica de Oliveira Nunes de; JUCA, Vlândia Jamile dos Santos. Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1123-1134, dez. 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832018000401123&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832018000401123&lng=en&nrm=iso)>.

NÓBREGA-THERRIEN, S.; THERRIEN, J. O estado da questão: sua compreensão na construção de trabalhos científicos: reflexões teórico-metodológicas. *Estudos em Avaliação Educacional*, v. 15, n. 30, p. 5-16, jul./dez. 2004.

NORONHA, D. P.; FERREIRA, S. M. S. P. Revisões de literatura. In: CAMPELLO, B. S.V. C.; CENDÓN, B. V.; KREMER, J. M. (Org.). *Fontes de informação para pesquisadores e profissionais*. Belo Horizonte: UFMG, 2000.

NUNES, Mônica et al. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 188-196,

jan. 2008. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100019&lng=en&nrm=iso)>.

OLIVEIRA, Aracelly Castelo Branco; MIRANDA, Lilian. Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar. **Contextos Clínic**, São Leopoldo, v. 8, n. 1, p. 99-112, jun. 2015. Disponível em  
 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-34822015000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822015000100011&lng=pt&nrm=iso)>.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, dez. 2006. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso)>.

OLIVEIRA, Raimunda Félix de; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; GOYA, Neusa. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3069-3078, nov. 2012. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100023&lng=en&nrm=iso)>.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Sept. 2005. Disponível em:  
 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 de setembro de 2019.

PAIVA, Michelle Helena Pereira de; FRIZZO, Heloisa Cristina Figueiredo. Concepções de terapeutas ocupacionais acerca da linha do cuidado em saúde mental. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 3, set.-dez. 2012. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=664931&indexSearch=ID>.

PICHETH, F. M. PeArte: um ambiente colaborativo para a formação do pesquisador que atua no ensino superior por meio da participação em pesquisas do tipo da arte. 2007. 139 f. Dissertação (Mestrado em Educação) — Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em:  
 <[http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=828](http://www.biblioteca.pucpr.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=828)>. Acesso em: 27 de agosto de 2019.

QUINTANILHA, Bruna Ceruti et al. A produção do cuidado em um centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Mental**, Barbacena, v. 11, n. 20, p. 261-278, jun. 2017. Disponível em  
 <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272017000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272017000100014&lng=pt&nrm=iso)>.

SENA, Edite Lago da Silva et al. Ambiguidade do cuidado na vivência do consumidor de drogas. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 2, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472017000200422&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000200422&lng=en&nrm=iso)>.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de Oliveira; ABBAD, Gardênia da Silva; MONTEZANO, Lana. Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas. **Pesqui. prá. psicossociais**; v. 13, n. 2, p. 1-17, maio-ago. 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-976345>.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. cienc. saúde- Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59. Abril de 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 de julho de 2019

UNIVERSITAS. A produção científica sobre educação superior no Brasil, 1968 – 2000. Porto Alegre: GT Política de Educação Superior; ANPEd, 2002.

VASCONCELOS, Mardênia Gomes Ferreira et al. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 313-323, Jun 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200313&lng=en&nrm=iso)>.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. **Interface (Botucatu)** [online]. 2015, vol.19, n.52, pp.45-56. Epub Sep 26, 2014. ISSN 1807-5762. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100045&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000100045&script=sci_abstract&tlng=pt).

WIJK, Livia Bustamante van; MANGIA, Elisabete Ferreira. O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1130-1142, dez. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042017000401130&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000401130&lng=en&nrm=iso)>.

YASUI, Silvio. Rupturas e Encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

ZEFERINO, Maria Terezinha et al. Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000300204&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000300204&lng=en&nrm=iso)>.

## ANEXO: QUADRO INFORMATIVO

Título	Autor	Base de busca	Ano	Revista/área conhecimento	Tipo de estudo	Sujeito da pesquisa	Local/campo de realização pesquisa	Período de desenvolvimento da pesquisa	Concepção de cuidado/ clínica	Referências teóricas
Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil	Moreira; D.J.; Bosi, M.L.M.	SCIELO	2019	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Qualitativo crítico interpretativo	Usuários (não especifica quantidade)	CAPS, HG e HP – Fortaleza/CE	Não delimitado na pesquisa	Cuidado humanizado /integral	Mehry
Sentido do cuidado em saúde mental: sobre a rede de atenção psicossocial do sistema único de saúde (SUS)	Fidelis, A.C.	OASIS	2018	Trabalho, Educação e Saúde	Qualitativo. Fenomenológico	Não se aplica	Internet Material oriundo da internet – 21 imagens fotográficas analisadas pela pesquisadora	Junho a outubro de 2015	Cuidado humanizado (“fazer com” relacional)	Filosofia Heidegger Fenomenologia
Concepções de residentes em saúde mental sobre o cuidado ofertado em rede de atenção psicossocial	Leite, M. A. Barros, M.M.M.A.	OASIS	2018	Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional	Descritiva exploratória qualitativa	8 alunos da Residência Multiprofissional de Saúde Mental	RAPS – João Pessoa e Cabedelo/PB (Não especifica um serviço)	Setembro de 2016 a maio de 2017	Cuidado humanizado/ integral	Saúde Coletiva, autores como: Saúde Mental

Análise do processo de acolhimento em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: considerações de uma investigação etnográfica	Moreira, C.P.; Torrenté, M.O.N.; Jucá, V.J.S.	BVS SP	2018	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Investigação etnográfica	Profissionais, usuários e familiares do CAPSi	CAPSi – Salvador/BA	3 meses de 2015	Clínica ampliada	Saúde pública e saúde mental
Cuidado às pessoas internadas em unidade de internação psicossocial: significados atribuídos pela equipe de enfermagem	Cattani, A.N.; Siqueira, D.F.; Terra, M.G.	BVS SP	2018	Revista Online de Pesquisa – Cuidado é fundamental – UNIRIO/EEAP		15 profissionais (9 enfermeiros e 6 técnicos de enfermagem)	Unidade de Internação Psicossocial RS	Setembro de 2015	Cuidado humanizado/ Cuidado integral	Autores enfermagem, que discutem cuidado numa perspectiva de integralidade + Saúde Pública
Dinâmica organizacional e o modelo psicossocial de três centros de atenção psicossocial álcool e drogas	Silva, M.N.R.M.O.; Abbad, G.S.; Montezano, L.	BVS SP	2018	Pesquisa e Práticas Psicossociais	Descritivo exploratório qualitativo e quantitativo	204 profissionais (nível técnico e superior)	2 CAPS ad DF e 1 SP	Janeiro 2014 a maio 2015	Reabilitação psicossocial	Saúde Coletiva Saúde Mental
Desarticulação da rede psicossocial comprometendo a integralidade do cuidado	Carvalho, M.F.A.A.; Coelho, E.A.C.; Oliveira, J.F.; Araújo,	SCIELO	2017	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Qualitativa	9 profissionais de nível superior e médio	CAPSad - Submédio São Francisco/PE	Julho a agosto de 2015	Reabilitação psicossocial	Saúde Mental, princípios como

	R.T.; Barros, A.R.									
A produção do cuidado em um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil	Quintanilha, B.C.; Belotti, M.; Tristão, K.G.; Avellar, L.Z.	BVS SP	2017	Revista Mental e Subjetividade (Psicologia)	Qualitativa	10 profissionais (médico, psicólogo, serviço social, TO, enf, EF)	CAPSi Sudoeste	Julho de 2015	Clínica peripatética Cuidado integral	Saúde Coletiva
A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental	Amorim, R.G.; Lavrador, M.C.C	SCIELO	2017	Psicologia, Ciência e Profissão (Psicologia)	Cartografia	9 profissionais (Não específica nível, nem quais áreas)	RAPS – Grande Vitória/ES (Não especifica o serviço)	Não delimitado na pesquisa	Cuidado em liberdade (Reabilitação psicossocial?)	Foucault
O cuidado a Pessoas em Situação de Rua pela Rede de Atenção Psicossocial da Sé	Wijk, L.B.V.; Mângia, E.F.	SCIELO	2017	Saúde em Debate	Pesquisa documental	24 profissionais e usuários	CAPS II e CnR – Sé/SP	Abril de 2016	Reabilitação psicossocial (cidadania)	Saúde mental
Ambiguidade do cuidado na vivência do consumidor de drogas	Sena, E.L.S.; Araujo, M.L.; Ribeiro, B.S.; Santos, V.T.C.; Malhado, S.C.B.; Soares, C.J.;	SCIELO	2017	Revista Gaúcha de Enfermagem	Qualitativo, descritivo	10 usuários do CAPSad	CAPSad – Município do interior/BA	Segundo semestre de 2015	Reabilitação psicossocial (Redução de danos)	Saúde mental

	Carvalho, P.A.L.									
Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais	Ferreira, T.P.S.; Sampaio, J.; Souza, A.C.N.; Oliveira, D.L.; Gomes, L.B.	SCIELO	2017	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Cartografia	Profissionais, gestores e usuários	CAPS III – João Pessoa/PB	Fevereiro a julho de 2015	Reabilitação psicossocial (Cuidado compartilhado e intersetorial)	Mehry
O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica	Barbosa, V.F.B; Martinhago, F.; Hoepfner, A.M.S.; Daré, P.K.; Caponi, S.N.C.	BVS SP	2016	Saúde em Debate	Revisão de literatura (6 artigos publicados em periódicos nacionais)	Não se aplica	Não se aplica	2016	Reabilitação psicossocial	Foucaultiano
Estratégias de cuidado utilizadas por terapeutas ocupacionais em centros de atenção psicossocial	Assad, F.B; Pedrão, I.P; Cirineu, C.T	BVS SP	2016	Cadernos Brasileiros de Terapia ocupacional da UFSCar	Estudo dissertativo / qualitativo	5 Terapeutas Ocupacionais	CAPS I, II e III SP (Estado)	Janeiro a junho de 2013	Reabilitação psicossocial	Saúde Coletiva Saúde mental
Práticas de cuidado em saúde mental na voz dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial do estado do Pará	Cardoso, M.R.O.; Oliveira; P.T.R.; Piani, P.P.F.	BSV SP	2016	Saúde em Debate	Qualitativa discursivo/etnográfico	14 usuários do CAPS	CAPS Pará	Não delimitado na pesquisa	Cuidado integral	Mângia/ Ferla

Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial/	Vasconcelos, M.G.F.; Jorge, M.S.B; Catrib, A.M.F.; Bezerra, I.C.; Franco, T.B.	BSV SP	2016	Interface – Comunicação, Saúde e Educação  Saúde coletiva	Qualitativo, hermenêutica, Paul Ricouer	9 profissionais (psicólogo, médico, enfermeiro, t.o., farmacêutico, assistente social, farmacêutico)	CAPS e CAPS ad – Fortaleza/CE	Não delimitado na pesquisa	Clínica ampliada  Linhas de cuidado	Merhy  Gastão
Percepção dos trabalhadores da saúde sobre o cuidado às crises na Rede de Atenção Psicossocial	Zeferino, M.T.; Cartana, M.H.F.; Filho, M.B.; Huber, M.Z.; Bartoncello, K.C.G.	OASIS	2016	Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery	Qualitativo. Pesquisa exploratória descritiva	156 trabalhadores da RAPS, alunos do curso Crise e Urgência em Saúde Mental	Material produzido via internet através do ambiente virtual do curso (AVEA)	Janeiro de 2015	Cuidado integral	Mehry
Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança	Barbosa, V.F.B; Caponi, S.N.C e Verdi M.M	SCIELO	2016	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Descritivo, exploratório, qualitativo, documental, retrospectiva	Não se aplica	Não se aplica	1992 a 2010 – Anos da II e IV CNSM (documentos analisados pela autora)	Cuidado integral	Foucault

Práticas clínicas e o cuidado possível no CAPSi: perspectivas de uma equipe interdisciplinar	Oliveira, A.C.B.; Miranda, L.	OASIS	2015	Contextos Clínicos (Psicologia)	Descritivo e exploratório, clínico-qualitativo	5 profissionais (gestora, supervisor, enfermeira, oficineiro e psicóloga)	CAPSi – Paracambi/RJ	Maio a junho de 2013	Clínica ampliada	Saúde Mental
Qualidade do cuidado em dois centros de atenção psicossocial sob o olhar de usuários	Andrade, A.B.; Bosi, M.L.M.	BVS SP	2015	Saúde e Sociedade	Qualitativa Vertente hermenêutica crítica	31 usuários do CAPS	2 CAPS II – Fortaleza/CE (regiões III e V)	2012	Clínica ampliada	Saúde Coletiva Saúde Mental
Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem	Vasconcelos, M.F.F.; Machado, D.O.; Protazio, M.M.	BVS SP	2015	Interface – Comunicação, Saúde e Educação	Qualitativo Relatos de experiências	Pesquisadores e profissionais da RAPS	CAPSad – Aracaju/SE	Não delimitado na pesquisa	Clínica ampliada Cuidado ampliado	Foucaultiano
O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso	Costa, M.G.S.G.; Figueiró, R.A.; Freire, F.H.M.A.	BVS SP	2014	Temas em Psicologia	Cartografia	Autores através da experiência de estágio profissionalizante na RAPS	CAPS II - Natal/RN	2014	Reabilitação psicossocial Prática de cuidado: articulação em rede / autonomia / residência social	Foucault

Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil	Costa, A.; Silveira, M.; Vianna, P.; Kurimoto, T.S.	SCIELO	2012	Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental	Revisão bibliográfica não sistemática	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica	Reabilitação psicossocial	Saúde mental
Concepções de terapeutas ocupacionais acerca da linha do cuidado em saúde mental	Paiva, M.H.O; Frizzo, H.C.F	BVS	2012	Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar	Quantitativo, qualitativo, descritivo, exploratório	15 terapeutas ocupacionais	Redes Virtuais de Terapia Ocupacional	Janeiro a maio de 2010	Reabilitação psicossocial	Cecílio e Mehry
Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental	Oliveira R.F.; Andrade, L.O.M.; Goya, N.	OASIS	2012	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativo Avaliação de 4ª geração	12 usuários de 10 serviços de saúde mental	CAPS II e CAPSad – Fortaleza/CE	Março a maio de 2011	Cuidado como relacional Cuidado humanizado	Hermenêutica de Paul Ricouer
Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, coresponsabilização e autonomia	Jorge, MSB; Pinto, D.M.; Quinderé, P.H.D.; Sousa, F.S.P.; Cavalcante, C.M.	SCIELO	2011	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativa, abordagem crítica reflexiva	20 entrevistados (profissionais, usuários, familiares)	CAPS – Sobral/CE	Maio a julho de 2008	Cuidado integral/humanizado	Merhy/cartografia
Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na	Mielke, F.B.; Kantorski, L.P.;	BVS	2011	Trabalho, Educação e Saúde	Quali-quantitativo	18 profissionais	CAPS II – Rio Grande do Sul	Dezembro de 2006	Reabilitação psicossocial (autonomia)	Saúde Coletiva

perspectiva dos profissionais	Olschowsky, A. Jardim, V.M.R.									Saúde mental
Percepção de profissionais de um CAPS sobre as práticas de acolhimento no serviço	Ballarini, M.L.G.; Ferigato, S.H.; Carvalho, F.B.; Miranda, I.M.S.	BVS	2011	O Mundo da Saúde	Qualitativo, descritivo	9 profissionais multidisciplinares (nível universitário)	CAPS III – Campinas/SP	Agosto de 2008 a março de 2009	Cuidado integral/humanizado (acolhimento)	Saúde Coletiva Saúde Mental
O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais	Mielki, F.B.; Kantorski, L.P.; Jardim, V.M.R.; Olschowsky, A.; Machado, M.S.	SCIELO	2009	Ciência e Saúde Coletiva	Qualitativo, descritivo e exploratório	18 profissionais multidisciplinares	CAPS II Rio Grande do Sul	Dezembro de 2006	Reabilitação psicossocial	Saúde Coletiva Saúde mental
O campo de atenção à saúde de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso de álcool: apontamentos para a formulação de práticas de cuidado	Marquês, A. L. M.; Mângia, E. F.	OASIS	2009	Revista de Terapia Ocupacional da USP	Artigo de opinião	Não se aplica	Não se aplica	Não delimitado na pesquisa	Cuidado integral	Saúde Coletiva
A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um	Nunes, M.; Torrenté, M.; Ottoni, V.; Neto,	SCIELO	2008	Cadernos de Saúde Pública	Etnografia	Profissionais de nível	CAPS – Salvador/BA	Não delimitado na pesquisa	Cuidado humanizado/integral	Saúde Coletiva

Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil	V.M.; Santana, M.					superior e médio				Saúde mental
Práticas inovadoras para o cuidado em saúde	Barros, S.; Oliveira, M.A.F.; Silva, A.L.A	SCIELO	2007	Revista da Escola de Enfermagem da USP (Enfermagem)	Artigo de opinião	Não se aplica	Escola de Enfermagem da USP	Não delimitado na pesquisa	Reabilitação psicossocial	Foucaultiano
Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões	Oliveira, A.G.B.	BSV SP	2006	Revista da Escola Anna Nery, enfermagem	Ensaio teórico	Não se aplica	CAPS II - Mato Grosso	2007	Clínica ampliada (biopsicossocial, integralidade, cidadania, autonomia)	Reforma psiquiátrica