



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS  
CURSO DE MESTRADO NA ÁREA DE CULTURA, DESIGUALDADE E DESENVOLVIMENTO

---

**Perspectivas CAPSciosas de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico: o caso provoca-dor do CAPS I Ana Nery.**

Cachoeira-Bahia

2014

ANTONIA VIEIRA SANTOS

**Perspectivas CAPSciosas de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico: o caso provoca-dor do CAPS I Ana Nery.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre.

Orientador: Herbert Toledo Martins

Coorientador: Diogo Valença de A. Costa

Cachoeira-Bahia

2014

Este trabalho é dedicado a todos os sujeitos que vivenciam sofrimento psíquico e àqueles que se engajam em uma luta cotidiana para a invenção de outro lugar social para a loucura.

Em especial para os amores que a vida permite e que escolhi.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao generoso Deus pelas bênçãos conquistadas, por sua energia de empoderamento que me possibilitou trilhar caminhos a muito desejados. Que essa força continue se fazendo presente em desejo e apostas para que outras trajetórias sejam alcançadas.

Aos meus pais, Conceição e Manoel pelo amor, confiança e proteção a mim dispensados por toda vida.

Aos meus irmãos (Vanilson e Vandenilson) e irmãs (Vilma, Maria e Jailma), que sabem estar perto, amar, compartilhar e respeitar ainda que estivessem distantes.

Aos amores que atravessaram minha vida com uma onda de felicidade, cumplicidade e carinho: Carlos Júnior, Amanda, Maria Clara, Júlia e Alice. Meus sobrinhos.

As amigas de toda uma vida: Fernanda Barbosa, Iana Nogueira, Paixão Cabral, Emanuelle Feitosa, Consuelo Pereira, Mayanna Lemos, Cristiane Beserra, Jamile Lime e Fabiane Couto. Caminhar com vocês deixaram meus dias mais leves.

As amigas conquistadas no espaço da pós-graduação que foram necessárias para compartilhar angústias e descobertas que nos trouxeram muitas emoções. Assim como, as conquistadas no Campo da Saúde Mental.

A Suely Aires pela amizade e parceria na Saúde Mental. Obrigada pelos diálogos frequentes e necessários na construção de minha trajetória.

Aos usuários e profissionais do CAPS I Ana Nery que se permitiram navegar comigo por um tempo em uma troca afetiva, que conduzirei permanentemente em mim.

A amiga Monique Alcântara pela ajuda nas transcrições das entrevistas.

Ao Professor Diogo Valença pelo interesse e aposta na Saúde Mental.

Ao meu orientador Herbert Toledo, pela coragem de se arriscar pelos mares da Saúde Mental, tecendo e compartilhando saberes.

Ao professor Antonio Eduardo por ter aceitado e compartilhado saberes na qualificação e defesa desse trabalho.

*Estou de acordo que um esquizofrênico é um esquizofrênico, mas uma coisa é importante: ele é um homem que tem necessidade de afeto, de dinheiro, de trabalho; é um homem total e nós devemos responder não a sua esquizofrenia, mas ao seu ser social e político.*

Franco Basaglia

VIEIRA-SANTOS. Antonia. *Perspectivas CAPSciosas de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico: o caso provoca-dor do CAPS I Ana Nery*. 122 páginas. 2014. Dissertação – mestrado. Departamento de Ciências Sociais. Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB). Cachoeira/BA.

## RESUMO

O Movimento Social de Reforma Psiquiátrica iniciada na década de 1970 no Brasil produziu mudanças significativas no campo da saúde mental ao trazer para o eixo do debate, processos como o da desinstitucionalização, elaboração de políticas públicas de saúde mental e implantação dos serviços substitutivos, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esse movimento investe, para tanto, em novas práticas e novos saberes no território com sujeitos em sofrimento psíquico. Para isso, toma como estratégias para enfrentamento de práticas manicomiais, apostas cotidianas nas dimensões político-ético-clínico de atenção direcionada para quem sofre psicologicamente. Com o intuito de fomentar outra representação social para a loucura e novos modos de lidar com esse fenômeno na sociedade que sejam facilitadores de inserção social. Esse trabalho se justifica então, pela necessidade de retirar o tema da inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico da opacidade e torna essa discussão mais presente em centros de ensino e em serviços substitutivos. Desse modo, procurou-se na trajetória da pesquisa identificar o modo como os profissionais do CAPS I Ana Nery – em Cachoeira cidade situada no recôncavo da Bahia – percebem os sujeitos em sofrimento psíquico e investem em inserção social na saúde mental no cotidiano do serviço. Esse trabalho resultou em um estudo de caso e para sua realização foi lançada mão de observação participante e de entrevistas semi estruturadas. Para análise dos dados utilizou-se o método de Análise do Discurso de Michael Pêcheux. Os resultados apontam para a existência de estigmas e estereótipos que dificultam a inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico nas relações e contratos sociais, assim como, da ausência de investimentos cotidianos e sustentados via ética e desejo pelo CAPS e instituições outras que possibilitem no corpo social nova inscrição da loucura, por meio da construção de outra representação sobre o sofrimento psíquico. Conclui-se com o alerta sobre a fragilidade da Saúde Mental na rede de atenção desse município e a urgência da proposição de novos dispositivos e intervenções facilitadoras e potencializadoras de inserção social. Considerando para esse acontecer a necessidade de empoderamento dos profissionais para a construção e sustentação de ações que fomentem a inserção.

Palavras chave: Reforma psiquiátrica; Saúde Mental; Centros de Atenção Psicossocial; inserção social.

VIEIRA-SANTOS. Antonia. *CAPStious Perspectives of social insertion of people in psychic suffering: CAPS I Ana Nery case causes-pain*. 122 pages. 2014. Dissertation – Master's Degree. Social Science Department. Arts, humanities and language Centre. (CAHL) – Federal University of Bahia's Recôncavo Region (UFRB). Cachoeira/BA.

## ABSTRACT

The Social Movement of Psychiatric Reform started in the 1970's in Brazil produced significant changes in the field of mental health by bringing to the central point of the debate, other processes such as deinstitutionalization, development of public policies of mental health and deployment of substitute services, such as the Brazil's Centers for Psycho-social Attention (CAPS). This movement, invests, therefore, in new practices and new knowledge in the territory with people in psychic suffering. To do this, it takes as strategies for confronting of some manicomial practices, daily bets on political-ethical-clinical dimensions in the attention directed to those people who suffer psychically. In order to promote other social representation for the madness and new ways to deal with this phenomenon in society, which are facilitators of social insertion. This work is justified so, by the need to remove the theme of social insertion of people in psychic suffering from the opacity and to make this discussion more present in educational centres and in substitutive services. Therefore, during the research we tried to identify how the professionals from the CAPS I Ana Nery – in Cachoeira city that is located in Bahia's Recôncavo region –perceive the people in psychic suffering and invest in social insertion on mental health in the daily service. This work resulted in a case study and to its realization we made use of participant observation and semi-structured interviews. For data analysis we used the method of Discourse Analysis of Michael Pêcheux. The results point to the existence of stigmas and stereotypes that difficult the social insertion of people in psychic suffering in relationships and social contracts, as well as, the absence of daily investments and sustained via ethics and desire by the CAPS and other institutions that make it possible in social body a new nomination of madness, through the construction of other representation about the psychic suffering. We conclude with the warning about the fragility of Mental Health in the network attention of this municipality and the urgency of the proposition of new devices and facilitative and potential interventions of social insertion. Considering that is required to happen this the need of empowerment of the professionals for the construction and support of actions that promote the insertion.

Keywords: Psychiatric reform; Mental Health; Brazil's Centers for Psycho-social Attention; social insertion.

## LISTA DE SIGLAS

AD	Análise do Discurso
ASM	Ambulatório de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada em Assistência Social
DIRES	Diretorias Regionais de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCT	Hospital de Custódia e Tratamento
HD	Hospital Dia
HJM	Hospital Juliano Moreira
MNLA	Movimento Nacional de Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESM	Núcleo de Estudos pela Superação do Manicômio
PNASH	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PT	Partido dos Trabalhadores
PTI	Projeto Técnico Institucional
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RT	Residências Terapêuticas
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde



## SUMÁRIO

<b>I INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.0 REFORMA PSIQUIÁTRICA: A TRAJETÓRIA DE UMA LUTA SOCIAL.....</b>	<b>17</b>
1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil .....	23
1.2 Breve percurso do aprisionamento da loucura e da reforma psiquiátrica na Bahia.....	32
1.3 Reforma psiquiátrica em Cachoeira, breve trajetória .....	39
<b>2.0 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVOS DE INSERÇÃO SOCIAL EM TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA ORIENTADA PELA LUTA ANTIMANICOMIAL.....</b>	<b>43</b>
2.1 CAPS: apostas e desafios na prática de inserção social na saúde mental.....	47
<b>3.0 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>54</b>
3.1 A instituição pesquisada.....	55
3.2 Normas éticas da pesquisa .....	58
3.3 Os sujeitos da pesquisa.....	59
3.4 Coleta de dados .....	61
3.5 Análise dos dados.....	64
<b>4.0 CAPSCIANDO E CONSTRUINDO CATEGORIAS DE ANÁLISE: UM OLHAR SOBRE A INSERÇÃO SOCIAL NO CAPS I ANA NERY .....</b>	<b>66</b>
4.1 Ser diferente: um olhar sobre o louco e a loucura.....	60
4.2 A rede de serviços: tecendo a inserção social nas malhas da cidade!?	71

4.3 Ações do CAPS: a equipe em (cena).....	77
4.4 Família: afetos e desafetos.....	87
4.5 A sociedade: o véu do preconceito.....	92
5.0 SAÚDE MENTAL EM CACHOEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES, MUITOS DESAFIOS.....	99
II FINALIZANDO .....	104
III REFERÊNCIAS.....	107
IV ANEXOS.....	114

## I INTRODUÇÃO

*Eu fazia do amor um cálculo matemático errado: pensava que, somando duas compreensões, eu amava. Não sabia que somando duas incompreensões, é que se ama.*

Clarice Lispector

Saúde mental na atualidade é uma expressão que conota um campo de saber e de prática que agrega significados que perpassam por todo um processo que ainda hoje se faz contínuo de luta antimanicomial. Esse movimento social iniciado no decorrer da década de 1970 trouxe para o cenário nacional a discussão sobre a loucura, fenômeno que a sociedade por séculos tratou com descaso, violência e abandono.

A loucura carrega consigo estigmas construídos cientificamente, socialmente e emancipado culturalmente de forma tal, que colocou o louco em uma condição de assujeitamento, promovido pelo seu afastamento das relações sociais, devido a seu confinamento nos manicômios, local construído como facilitador de ‘tratamento’ para a loucura, mas que, no entanto, se constituiu/constitui como símbolo de mortificação para quem daquele espaço era/é obrigado a fazer uso.

Por séculos, o fenômeno da loucura foi objeto do saber científico, que via em seu aprisionamento e no uso da violência física e psíquica um modo de ‘tratamento’, produzindo assim, no corpo de quem a representava a perda de singularidade, a descrença em si mesmo enquanto sujeito de desejos e de direitos transformando pátios repletos de sujeitos em *eu mortificados* (Foucault, 2005; Goffman, 2005).

A inversão do olhar sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, representantes culturais e sociais da loucura, tem seu início com as denúncias de maus tratos, humilhações e privações de direitos sofridos por esses sujeitos, e seguido por um Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA) e de Reforma Psiquiátrica que na atualidade investe na construção de um novo paradigma para a loucura.

Assim, a reforma psiquiátrica se constitui em um processo cotidiano que vai além da discussão sobre a assistência psiquiátrica *in loco*, mas objetiva a construção de *outro lugar social* para a ‘loucura’. A respeito desse *lugar*, Amarante

(1999, p. 49) o especifica como um *lugar social que não seja o da doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra.*

O tratamento direcionado aos sujeitos em sofrimento psíquico, anterior à reforma psiquiátrica se localizava dentro da lógica do discurso médico, onde o psiquiatra assumia o papel fundamental na direção da 'cura', os demais profissionais apenas assumiam a função de auxiliares do médico. Com a reforma psiquiátrica, os profissionais se engajam em uma reorganização da equipe e do serviço, construindo a ideia de equipe multidisciplinar e transdisciplinar. O psiquiatra perde então o lugar central no serviço, e é a equipe agora que se torna responsável na condução dos casos, considerando a construção da ideia de 'profissionais de referência'<sup>1</sup> como facilitadores de inserção social (ALKMIM, 2000).

A transformação do espaço de cuidado para quem sofre psicicamente, assim como, a transformação no modo de organização das equipes cuidadoras desses sujeitos é fundamental para a saída de um modelo de tratamento restritamente biomédico, farmacológico, centralizado e hospitalocêntrico para outro substitutivo, de empoderamento dos sujeitos e que aposta em autonomia e contratualidade, investindo em uma prática realizada entre muitos como operadora de vicissitudes e transferências em três campos: (1) membros da equipe, (2) equipe e usuários do serviço, (3) equipe, usuários, familiares e sociedade.

Dispersando assim, o sujeito suposto saber marcado tradicionalmente pela figura do médico dentre outros profissionais representantes do tratamento manicomial, para então, ceder lugar aos serviços substitutivos,- ou seja, a um saber construído cotidianamente por quem sofre, conforme nos sinaliza Zenoni (2000).

O fato de estar trabalhando com muitos já dispersa o sujeito suposto saber e essa dispersão é redobrada pelo fato de que estamos numa posição de aprendizagem. Essa posição de um sujeito suposto não saber é uma posição favorável para encontrar um sujeito que sabe o que acontece com ele, que é ele mesmo a significação do que lhe é endereçado enigmaticamente (ZENONI, 2000, p. 20).

---

<sup>1</sup> Essa modalidade de trabalho exige fortalecimento da equipe, pois consiste na divisão de tarefas e no acompanhamento mais diretivo a um grupo de usuários do serviço. No entanto, essa divisão de fazeres não isenta aos outros componentes da equipe, inclusive o psiquiatra de corresponsabilizar-se pelo andamento do serviço e acompanhamento dos usuários como todo. Essa divisão é importante no serviço, mas também, é complexa quando a equipe não sustenta conjuntamente uma ação, a exemplo de situações de sofrimento psíquico intenso de usuários, o que pode sobrecarregar o profissional de referência.

Para o direcionamento e consolidação dessa prática, a Política Pública de Atenção à Saúde Mental no Brasil tem, à medida que reduz leitos psiquiátricos, implantado serviços substitutivos que são estendidos ao território como modo possível de acabar com todo aparato manicomial na sociedade.

A noção de território na implantação dessa política de saúde mental é de fundamental necessidade considerando a implantação dos novos dispositivos de saúde mental para a promoção e efetivação das ações de inserção social na comunidade.

Nesse sentido, o território na saúde mental não se restringe apenas a um espaço físico delimitado geograficamente. A ideia de território aqui é construída como um espaço marcado por subjetividades, relações efetivas e afetivas dinâmicas. *Conhecê-lo é condição para o planejamento das estratégias e políticas públicas.* É importante então, conhecer o território, quem o habita, as relações aí estabelecidas, os amores e desamores geradores de tensões, complexidades, necessidades e as redes de apoio. (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013, p. 42).

Para a efetivação da prática antimanicomial, investimentos na potencialização da contratualidade de sujeitos em sofrimento psíquico tem sido construídos na sociedade por meio dos novos dispositivos de Saúde Mental, implantados no território. Considerado para isso, as relações estabelecidas na sociedade, nas instituições que compõe a rede de afetação da comunidade, com vistas à invenção coletiva de outra representação social para as pessoas que experienciam na sociedade sofrimento psíquico.

Esse modelo promotor de inserção social está sendo protagonizado por profissionais de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dentre outros serviços substitutivos. Esses serviços visam um modo culturalmente afetivo e efetivamente social que viabilize maior autonomia dos sujeitos no território a partir do acompanhamento e direcionamento das intervenções aí construídas. (PITTA, 1996).

Nos serviços substitutivos a inserção social é tomada como estratégia para investimentos na autonomia, na potencialização da capacidade dos sujeitos em sofrimento psíquico a fim de construir sentido para seu circular na cidade, valor social para suas relações e contratos sociais efetivos. Promovendo, assim, a contratualidade desses sujeitos em espaços sociais (FERREIRA; PEREIRA, 2012).

A estratégia para inserção social está dada na invenção cotidiana de ações plurais e interdisciplinares promovidas pelos profissionais que trabalham no

campo da saúde mental de dentro para fora do CAPS. Para isso, os profissionais desse serviço precisam estar empoderados de uma representação social que não seja mortífera subjetivamente nem socialmente para os sujeitos em sofrimento psíquico. Dessa forma, no CAPS - dispositivo de saúde mental estratégico na efetivação da inserção social - os profissionais planejam suas ações *não mais tendo a cura como meta das intervenções, e sim o exercício da contratualidade* (LEÃO; BARROS, 2008. p. 99).

A inserção social é concebida, então, *como o exercício de pleno poder contratual e de autonomia no âmbito afetivo, produtivo e relacional* (LEÃO; BARROS, 2008. p. 99). Para tanto, a promoção da inserção social nesse trabalho é tomada via ações coletivas realizadas pelo CAPS em direção à sociedade de modo a construir valores socioculturais, investindo nos sujeitos em sofrimento psíquico com vistas a aumentar sua autonomia, seu protagonismo e seu poder contratual no cotidiano (KINOSHITA, 1996).

Com isso:

Entendemos a autonomia como a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a vida, conforme as diversas situações que enfrente. Assim não se trata de confundir autonomia com autossuficiência nem com independência. Dependentes somos todos; a questão dos usuários<sup>2</sup> é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Essa situação de dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia. Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isso amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida (KINOSHITA, 1996, p. 57).

Nesse sentido, corrobora com o exposto Marques (1996, p. 108) ao construir a ideia de que com a implantação dos CAPS e formação de uma equipe de saúde mental *a questão da autonomia do sujeito ganha relevância e passa a ser para a equipe um operador*.

A inserção social consiste assim, em um processo complexo que necessita da articulação no território de diversas dimensões/instâncias formadoras de rede, assim como, de políticas específicas, capacitação de profissionais e gestores, ética e desejo. Com o movimento social pela desinstitucionalização muito

---

<sup>2</sup> O termo 'usuários' se refere a sujeitos em sofrimento psíquico e que fazem uso dos serviços oferecidos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

se tem discutido sobre inserção social, no entanto, ainda são poucos os avanços na esfera prática.

Como nos aponta Barros e Claro (2011. p. 701):

[...] dada à dimensão complexa da questão, que envolve a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, desafios são continuamente apresentados a todos: profissionais, usuários e seus familiares e gestores do serviço no âmbito do SUS.

Assim, esse trabalho tem como finalidade apreender os modos de construção da inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico a partir da leitura dos profissionais do CAPS I Ana Nery.

No intuito de apreender esse processo no cotidiano dos fazeres no serviço, os objetivos construídos para direcionar essa ação foram:

- Identificar o modo como a equipe técnica percebe e investe na inserção social no cotidiano do serviço.
- Analisar as ações desenvolvidas no CAPS que, de acordo com os profissionais desse serviço, tenham por finalidade a inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico.
- Problematizar as dificuldades e as possibilidades encontradas pela equipe do CAPS no processo de inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade.

A instituição escolhida como local de pesquisa foi o CAPS I Ana Nery e sua equipe de profissionais. Esse CAPS fica situado na cidade de Cachoeira, no Recôncavo Baiano. A pesquisa se constituiu em um estudo de caso dentro da perspectiva da reforma psiquiátrica e da inserção social no campo da saúde mental.

No processo de construção dessa pesquisa, considerou-se a representação social da equipe de trabalhadores do CAPS Ana Nery, sobre o 'louco'<sup>3</sup> e sua inserção na sociedade sob a perspectiva apresentada por Durkheim (1973) de que a representação social são categorias de pensamentos por meio dos quais a sociedade elabora e expressa sua realidade.

Desse modo, no contexto das Ciências Sociais a representação social se apresenta como *categoria de pensamento, de ação e de sentimentos que*

---

<sup>3</sup> Louco aqui é tomado como sinônimo de 'sujeito em sofrimento psíquico', como modo de pontuar nesse sujeito a presença de uma alteridade, que a sociedade não reconhece nem aceita como fazendo parte de suas relações de paridades.

*expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a* (MYNAIO, 2004, p. 158).

Para fomentar a discussão a que se propõe, o referido trabalho se apresenta estruturado da seguinte forma:

O primeiro capítulo consta de uma breve contextualização da loucura e da apresentação de uma retrospectiva histórica da assistência psiquiátrica no Brasil e na Bahia. Sendo discutidos, nesse percurso, os movimentos sociais que culminaram na construção de outro modelo de cuidado aos sujeitos em sofrimento psíquico, respaldados pela construção de serviços de saúde mental estendidos ao território e substitutivos ao modelo hospitalocêntrico. Para tanto, são trabalhados nesse capítulo conceitos como o de reforma psiquiátrica, luta antimanicomial e desinstitucionalização.

O segundo capítulo traz os dois conceitos norteadores da pesquisa, quais sejam: contratualidade e inserção social por se apresentarem como tecnologias e práticas necessárias e fundamentais para a construção de outro lugar social para os sujeitos em sofrimento psíquico.

O terceiro capítulo apresenta o percurso metodológico. Aqui, buscou-se especificar o percurso realizado pelas veredas do campo e que levaram à estruturação do trabalho. Acontece também nesse capítulo, a descrição do campo de pesquisa: instituição pesquisada, sujeitos participantes, métodos de coleta de dados, análise e discussão, ou seja, o modo de articulação para a construção ética do trabalho.

No quarto capítulo localiza-se a análise, a discussão e os resultados da pesquisa. Esses dados foram tematizados e agrupados em cinco categorias de análise, tendo como referência os discursos dos trabalhadores entrevistados. As categorias trabalhadas nesse capítulo se entrelaçam como possibilidades de problematização, mas também, de modos de intervenção para o processo de inserção social, considerando seus atores como potencializadores de contratos sociais.

No quinto e último capítulo, retoma-se a ideia de inserção social para a problematização e reflexão sobre os desafios e possibilidades da saúde mental, no município de Cachoeira. Tal reflexão é focada na perspectiva de construir e sustentar invenções e intervenções que visem à colaboração, socialização e integração de saberes e sujeitos na atenção da saúde mental.



Por último, tecemos a construção das considerações finais, dentro de uma abordagem crítico-analítica e de possibilidades realísticas desse trabalho.

A relevância desse trabalho está dada pela atualidade do seu tema, bem como, pela responsabilidade ética e social de problematizar a loucura e a inserção social, possibilitando uma análise dos novos modos de investimentos nas relações sociais do louco potencializados pelas equipes de saúde mental, como preconiza o Movimento Social de Reforma Psiquiátrica.

O resultado dessa pesquisa contribui para a construção teórica do conhecimento acerca da inserção social no campo da saúde mental. Assim como, pode auxiliar no desenvolvimento de projetos e programas de intervenção no município pesquisado que vise à inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade.

## 1.0 REFORMA PSIQUIÁTRICA: A TRAJETÓRIA DE UMA LUTA

*Amanhã de manhã, na hora da visita, quando, sem nenhum dicionário, tentarem se comunicar com esses homens, queiram lembrar e reconhecer que, diante deles, os senhores têm uma única superioridade: a força.*

Paulo Amarante

A reforma psiquiátrica, em seu percurso histórico como movimento social, reivindica a construção de outro olhar sobre o louco e sobre a loucura ao problematizar o lugar que a loucura ocupou durante séculos na qualidade de objeto exclusivo da medicina, como nos reconstrói Foucault em sua obra *História da loucura na idade clássica*. Para esse autor (2005), quando a cientificidade inventa a psiquiatria e lhe oferece o estatuto dentro do campo médico de parte da medicina responsável pelo tratamento dispensado aos loucos, essa nova especialidade do campo médico assume de imediato a função de produzir a exclusão e a tutela dos sujeitos em sofrimento psíquico, instituindo assim a doença mental e o hospital psiquiátrico como lugar privilegiado de tratamento e controle.

Naquele momento histórico, a construção de uma especialidade para tratar a loucura e do hospital psiquiátrico, como lugar onde o tratamento deveria acontecer, culminou no aprisionamento da loucura. Essa prática de aprisionamento representou uma resposta social às questões que a loucura levantava na sociedade e que ainda se faz presente no bojo da cultura. Essa prática causou muitos prejuízos aos sujeitos, aos seus familiares e à sociedade.

A internação é uma criação institucional própria ao século XVII. Ela assumiu, desde o início, uma amplitude que não permite uma comparação com a prisão tal como esta era praticada na Idade Média. Como medida econômica e precaução social, ela tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto de problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. (FOUCAULT, 2005, p. 78).

Afastada da sociedade e tutelada intramuros manicomiais, com o estatuto de doença, a loucura passou a simbolizar perigo, desrazão, desconfiança e inabilidade. Características tais, fundamentadas no discurso científico e psiquiátrico da época que produziu durante os séculos XVIII e XIX o fantasma da loucura que hoje a reforma psiquiátrica luta a muito custo para desconstruir (AMARANTE, 1995).

Essa identidade construída para e sobre o louco via *instituições totais*, são promotoras de anulação dos sujeitos através da perda de subjetividade e da construção de grupos padronizados. As condições limitadas de relações e a quase inexistência de recursos materiais e subjetivos acarretavam nos manicômios a *perda de bens rituais*, apagando a capacidade desejante do sujeito que aos poucos caminhava para uma morte subjetiva.

O tratamento direcionado para o louco estava dado em um contexto de horror marcado pela tortura, exclusão, maus tratos e clausura. A denúncia da situação em que se encontravam os pacientes psiquiátricos fez surgir o desejo, em alguns grupos em diversos países, de modificar essa realidade colocando em xeque essa forma de tratamento via vários movimentos de Reforma Psiquiátrica, possibilitando a revisão da assistência no âmbito do cuidado da Saúde Mental e promovendo a extinção processual de todo aparato manicomial.

Para Castel (1978):

[...] É preciso, pois, estar atento aos acidentes de percurso – familiares, sociais, etc. – às contingências da existência que são responsáveis por este aborto do sentido. Toda a idéia de “cura” não fica por isto repudiada, mas é preciso denunciar a ambigüidade técnica que se contenta em domesticar a loucura como se “cala” um delírio, o que, em termos psicanalíticos, equivale a fazer atuar a intervenção terapêutica do lado das forças da repressão. (CASTEL, 1978, p. 160)

A reforma psiquiátrica vem então, por meio das denúncias da condição do louco nos manicômios, contestar a posição imposta à loucura na cultura, via não só substituição do modelo de cuidado, mas, principalmente, pela construção de outra posição para a loucura no curso da história.

De acordo com Amarante (1995), vários movimentos de reforma se estenderam por diversos países no pós-guerra possibilitando problematizações diversas e construindo meios para a passagem de uma visão trágica da loucura com foco no cuidado medicalizante, terapêutica de base médica psiquiátrica – modelo do

*tratamento moral* instituído por Pinel – para uma visão crítica, questionadora do lugar simbólico ocupado pela loucura na cultura.

Dentre os movimentos promotores de uma reflexão sobre o modo de tratamento dispensado ao louco, destaca-se, em 1959 na Inglaterra, a Comunidade Terapêutica com Maxwell Jones. As comunidades terapêuticas representam um processo de reformas institucionais restritas aos hospitais psiquiátricos. Desse modo, a estrutura social das comunidades terapêuticas institui uma interrelação intramuros manicomial, mas não instaura uma discussão sobre a exclusão do louco nem reconhece a necessidade da inserção social extramuros. Sendo então uma reforma que não se estende para além dos muros dos hospitais psiquiátricos (ROTELLI, 1994; AMARANTE, 1995; PACHECO, 2009).

Também na década de 1950, na França, irá surgir com François Tosquelles a perspectiva da Psicoterapia Institucional que, junto com a comunidade terapêutica, contribui para uma transformação no funcionamento dos hospitais psiquiátricos, construindo reflexões então necessárias sobre o modelo manicomial de funcionar e tratar. No entanto, o Movimento reivindicava a função terapêutica dos hospitais, o que caracteriza apenas uma reforma hospitalar, institucional (BIRMAN, 1992; AMARANTE, 1994).

As experiências das comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional foram importantes para a transformação dos hospitais psiquiátricos em lugares mais humanizados e em espaços mais democráticos, podendo oferecer a seus pacientes uma vida mais digna, não sujeita aos maus tratos característicos das intervenções da Psiquiatria biológica e de cunho moral. Entretanto, apesar dos avanços na terapêutica e na própria concepção de loucura, estas experiências levaram em consideração, porém não transformaram do estado de exclusão social a que são submetidos seus usuários, não questionando a instituição psiquiátrica enquanto *locus* privilegiado de tratamento. (PACHECO, 2009, p. 125).

Na década de 1960, destaca-se outro Movimento: o da Psiquiatria de Setor com Lucien Bonnafé, na França. Lucien Bonnafé fazia parte de um grupo progressista de psiquiatras que no pós-guerra, ao entrar em contato com hospitais psiquiátricos, reivindicam sua imediata transformação pensando não apenas em uma reforma institucional, mas também na construção de uma relação direta com a origem cultural e geográfica dos pacientes internos no manicômio.

A Psicoterapia de Setor, desenvolvida na França, tinha por objetivo levar a psiquiatria até a população, evitando ao máximo a segregação e o isolamento dos doentes. Foram criadas instituições destinadas à prevenção e outras destinadas ao cuidado do doente no pós-alta. Assim, a passagem pelo hospital psiquiátrico, constituir-se-ia em uma fase transitória do tratamento. (PACHECO, 2009, p. 126).

A Psiquiatria de Setor construiu mudanças no hospital, organizando-o por setores que correspondia às áreas geográficas da cidade, assim, cada área/ala do hospital estava direcionada ao atendimento de uma região da cidade, o que facilitava o acompanhamento do paciente no território pela mesma equipe que o acompanhou no hospital quando estando em alta hospitalar.

No entanto, mesmo esse modelo de reforma psiquiátrica investindo em assistência ao paciente em seu território - cuidando do paciente em seu meio social e cultural quando egresso – não visava mudanças culturais no imaginário social sobre a loucura e mantinha em sua organização a presença forte do hospital psiquiátrico (CASTEL, 1978; AMARANTE, 1995).

Outro movimento da década 1960 foi o da Psiquiatria Preventiva com Gerald Caplan, nos EUA. Aliás, bastante influenciado pelas ideias da higiene mental e fundamentado na prevenção do transtorno mental com intervenções precoces.

Esse modelo pautava-se na detecção de comportamentos tidos como patológicos de não adaptação às regras sociais, intervindo sobre eles, promovendo assim certo policiamento do social, com alguns exageros. Esse movimento construiu uma medicalização do social, fortaleceu o papel médico-farmacológico no processo de atenção à saúde mental, e manteve o hospital psiquiátrico em funcionamento e por vezes com maior demanda devido às investidas classificatórias do programa de prevenção na comunidade (AMARANTE, 1995; DESVIAT, 1999; PACHECO, 2009).

Ainda na década de 1960, surge o movimento da Antipsiquiatria com Ronald Laing, David Cooper, Deleuze, Guatarri e Aaron Esterson, na Inglaterra. Esse movimento tentou romper com o modelo tradicional de atenção à saúde mental focado na figura do médico psiquiatra. Defendia a não interferência psiquiátrica na vivência com a loucura, orientava que qualquer pessoa, desde que preparada, poderia auxiliar o louco nessa vivência. Esse movimento reformista trouxe contribuições importantes com reflexões sobre a função da família e da sociedade na corresponsabilização pelo cuidado ao louco no seu território. No entanto, o

hospital psiquiátrico foi mantido como *locus* de tratamento (AMARANTE, 1995; PACHECO, 2009).

Cabe lembrar que esses movimentos são contemporâneos do pós-guerra, momento em que eclodem inúmeras denúncias dos modos de tratamento dispensados pelos hospitais psiquiátricos, que por muitas vezes foram comparados a campos de concentração. É desse período a obra de Erving Goffman, *Manicômios, Prisões e Conventos*, publicado em 1961, que foi compreendido como uma das primeiras denúncias do que pode o hospital psiquiátrico fazer ao 'eu' de seus internos.

A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal; aí reside seu especial interesse sociológico. Há também outros motivos que suscitam nosso interesse por esses estabelecimentos. Em nossa sociedade, são as estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu (GOFFMAN, 2005, p. 22).

Goffman produz uma leitura crítica das instituições totais, privilegiando o manicômio como um lugar provedor de coerção, controle, normatização, adestramento, segregação e mortificação subjetiva.

Ao fazer uma descrição do ambiente institucional, Goffman (1961) evidenciou a existência e as características dos dois mundos paralelos que convivem nessas instituições: o mundo dos internados e o mundo da equipe técnica dirigente. As fronteiras destes dois mundos são intransponíveis, revelando o caráter hierarquizado e a perversa posição de menos valia a que os internos eram submetidos. (PACHECO, 2009, p. 131).

Outro movimento de grande repercussão, principalmente no Brasil, é o da Psiquiatria Democrática Italiana, com Franco Basaglia, também datado da década de 1960. Esse movimento propôs ruptura radical com o sistema asilar, questionando o conceito de doença mental, assim como as formas de intervenção e tratamento dispensados aos loucos, nascendo daí, a idéia de se extinguir os manicômios.

Para Basaglia (1985), a realidade institucional dos hospitais psiquiátricos percebida com suas experiências o levou a questionar no sentido de Goffman a existência de traços de humanidade naqueles lugares. As condições de exclusão, humilhação, angústia, tortura física e psicológica que interrompiam as vidas dos

internos em instituições psiquiátricas, promoviam a mortificação dos sujeitos que ali eram direcionados para tratamento.

O modelo Basagliano de pensar a reforma psiquiátrica traz singularidades em relação aos outros modelos aqui apresentados, assim como se apresenta como força de lei (Lei 180), potencializando um confronto direto não apenas com o modelo de cuidado e entre atores institucionais, mas por colocar em discussão saberes, poderes, práticas e subjetividades. Trazendo para a cena o confronto com o hospital psiquiátrico, as comunidades terapêuticas, ou qualquer outro espaço que coloque a segregação, exclusão, a morte social e o confinamento do louco como modo de cuidado. (AMARANTE, 1995).

A Psiquiatria Democrática de Basaglia vai contra o paradigma tradicional que vê a loucura enquanto doença, o que demanda assistência puramente medicamentosa. Essa característica científica e patológica da loucura, somada ao hospital psiquiátrico como espaço especial para se direcionar o tratamento distanciava o louco de sua família e da sociedade, colocando-o em uma posição de objeto da ciência. O que produzia sobre o corpo do louco saberes e discursos que povoavam o imaginário social com estereótipos que afastava cada vez mais o louco do convívio coletivo e escrevia na cultura a metáfora da exclusão da loucura e do louco. Desse modo, a Psiquiatria Democrática traz em seu ensejo um conceito novo, o da desinstitucionalização (AMARANTE, 1995).

O conceito de desinstitucionalização abrange não somente a desconstrução do manicômio, mas também seus saberes e estratégias, mediante uma assistência pautada na noção de existência-sofrimento do paciente e sua relação com o corpo social. A complexidade desse conceito remete a um problema ético e de cidadania, enquanto noção básica do processo de reabilitação psicossocial. A ética surge como princípio norteador das ações de combate à exclusão, à violência e ao estigma do doente mental. A cidadania, por sua vez, compreende o processo que envolve a luta pelos direitos civis, políticos e sociais. É interessante destacar que a separação dos dois conceitos é meramente formal. Na verdade, é a ética que oferece sentido às ações sociais. (JORGE et al, 2006, p. 2).

Nesse modelo de reforma psiquiátrica, a sociedade é convidada a ressignificar o conceito de loucura, em uma proposta que vá além de uma reforma no modo de cuidado ofertado até então aos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal perspectiva lança um novo olhar da equipe de saúde mental sobre seu papel no

campo da saúde mental, incluindo a família e a comunidade no processo de inserção social do louco.

Cabe ressaltar aqui, nas palavras de Amarante (1995, p.45) que:

As experiências de reformulação das práticas psiquiátricas ocorridas na Itália, Inglaterra, França, EUA e Brasil encontram-se relacionadas – e ao mesmo tempo marcadas – por singularidades e, portanto, merecendo leituras particulares. Tal particularidade não exclui a possibilidade de que tenhamos marcos históricos comuns - por exemplo, as demandas sociais de reorganização do espaço hospitalar e sua medicalização, deflagradas com o advento da modernidade e, posteriormente, com a eclosão e término da Segunda Guerra Mundial. Contudo, o importante é não perdermos de vista a forma como, em um determinado contexto sócio-histórico preciso, se dão as apropriações particulares das demandas sociais e, portanto, como se conformam determinados cenários sociais nas relações com o trabalho, a doença, o desvio e a diferença de uma forma geral.

É sobre esse modelo de tradição basagliano que o Brasil pensa a sua reforma psiquiátrica, colocando em seu processo a necessidade de uma análise histórica e cultural. Criticando com veemência, o modo como a sociedade construiu seu imaginário e o relacionar-se com o sofrimento e a diferença quando se trata da loucura.

### **1.1 A Reforma Psiquiátrica no Brasil**

*É necessário se espantar, se indignar e se contagiar, só assim é possível mudar a realidade.*

Nise da Silveira.

Historicamente, a década de 1970 é marcada pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Movimento esse, caracterizado por Delgado (1992) como sendo um conjunto de transformações ocorridas a partir dessa década no modelo de atenção à saúde mental; alcançando remodelação na teoria, na prática, na relação multidisciplinar que vão além da psiquiatria, atingindo o campo social e das instituições.



O movimento que leva ao processo de reforma psiquiátrica no Brasil está revestido de denúncias da situação de violação de direitos de sujeitos em sofrimento psíquico internos em manicômios, espaços que teoricamente tinham a função de lhe ofertar assistência:

Com as novas teorias psiquiátricas, baseadas no racismo, na xenofobia e na inferioridade da população internada, os hospitais psiquiátricos começaram a ser um campo fértil para a criação e experimentação de inúmeras técnicas, que atualmente são consideradas “*absurdos terapêuticos*”, tais como a malarioterapia, traumaterapia, cadeiras giratórias, banhos de imersão, experiências com medicações, dentre outras. Esse momento de intensa experimentação nos hospitais psiquiátricos coincide com a descoberta do choque insulínico, do choque cardiazólico, da eletroconvulsoterapia, conhecida como eletrochoque, e invenção das lobotomias, que se constituem em operações que retiram parte do lobo frontal do cérebro, reduzindo a vida psíquica ao estado vegetativo. Tais descobertas foram amplamente aplicadas nos hospitais psiquiátricos brasileiros até a década de 1980. (PACHECO, 2009, p. 108).

Seguramente, diversos atores contribuíram com as denúncias da situação de violação dos direitos de sujeitos em sofrimento psíquico, a gravidade e frequência das denúncias culminaram no processo da reforma psiquiátrica. Dentre esses atores, destaca-se o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que no início da década de 1970 se organizavam basicamente para *aglutinar informações, organizar encontros, reunir trabalhadores em saúde, associação de classes, bem como entidades e setores mais amplos na sociedade*, problematizando questões de ordem trabalhista e denunciando a violação de direitos de homens, mulheres e crianças experiênciadores de sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1995, p. 52).

Cabe ressaltar, que vários fatores sociais e políticos que eclodiram nessa época contribuíram para a emergência desse movimento, a exemplo da mobilização pela anistia, pela inserção política e partidária, pelo direito ao sindicato e à associação civil (AMARANTE, 1997).

Os movimentos sociais surgem como uma tendência contra-hegemônica que politiza as desigualdades sociais moldadas por práticas sociais e culturais; como uma concepção alternativa à cidadania desengajada. Justamente por politizar questões sociais, os movimentos refizeram as fronteiras do político e da democracia, indo

além do modelo representativo, com seus partidos, instituições e Estado. (AMARANTE; DIAZ, 2012, p. 84).

É nesse contexto de reivindicações por direitos para sujeitos e por sujeitos de direitos, após anos de militarismo, que se consegue construir uma rede de articulações coletivas seja com sindicatos, associações/organizações diversas, partidos políticos, etc.. Sendo assim, a demanda é problematizar a urgência da construção teórica e da prática concreta de garantias de cidadania no cenário político nacional. A redemocratização nesse período significou a construção de espaços plurais, vivenciados por diversos atores sociais que a partir de lutas específicas foram criando possibilidades de valorar o movimento social como prática política.

Os movimentos sociais podem introduzir na agenda política a luta de grupos sociais subalternos, integrados e unidos pelo modo como são excluídos, oprimidos, descaracterizados e marginalizados. Esses grupos podem, coletivamente, problematizar em público uma condição de desigualdade da esfera privada e questionar a sua exclusão de arranjos políticos. (AMARANTE; DIAZ, 2012; p. 84).

Desse modo, é que surge em 1970, em pleno movimento pela redemocratização do país, o Movimento pela Reforma Psiquiátrica - em meio ao aparecimento de outros movimentos sociais - com reivindicações, inicialmente, por melhores condições de trabalhos para os profissionais e servidores da saúde mental e com fortes denúncias do modo de tratamento dispensado aos loucos.

Esse movimento evolui em 1980 para Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, que constrói para além das reivindicações trabalhistas e denúncias da atual situação do cuidado baseado em práticas de tortura, uma estratégia que culminaria em uma mudança de paradigma, ao propor a construção de outro lugar social para a loucura. Encarando, a partir de então, esse processo como sendo o de responsabilidade coletiva e de respeito às singularidades em jogo, trazendo para as discussões governo federal, estadual e municipal, universidades, escolas, familiares, trabalhadores da saúde mental e a sociedade em geral.

Desse modo, ao fim da década de 70, o movimento pela reforma psiquiátrica aparece em meio a discussões teóricas de congressos, simpósios, sindicatos e ganha também instâncias outras da sociedade civil e a imprensa nacional. Embora, tecnicamente a reforma psiquiátrica date da década de 70 no

Brasil, movimentos e iniciativas anteriores a essa década investiram na construção de um outro modelo de cuidado, que não os dispensados nos hospitais psiquiátricos.

O Movimento pela reforma psiquiátrica mostra que a história psiquiátrica é o espelho da história da loucura descrita por Foucault (2005), Goffman (2005). Uma história que de acordo com Amarante (1992):

...é a história de uma apropriação, de um sequestro de identidade e cidadanias, de um processo de medicalização social, de disciplinarização, de inscrição de amplos seguimentos sociais no âmbito de um saber que exclui e tutela, e de uma instituição asilar que custodia e violenta. (AMARANTE, 1992, p. 104).

Foucault (2005) faz uma apresentação da loucura como um fenômeno histórico, que escapa as redes do saber e que foi socialmente construído, portanto, colado à cultura. Inseridos, então, nesta perspectiva de que o olhar sobre a loucura fora construído, a reforma psiquiátrica, aposta na possibilidade desse olhar estigmatizante e estereotipado ser desconstruído, para que outro olhar possa ser inventado mediante outra representação social para a loucura no contexto sócio-histórico-cultural.

A noção de reforma psiquiátrica construída no Brasil, a partir das ideias da Reforma Democrática Basagliana, ocorrida em Trieste na Itália, vai muito além de uma crítica ao manicômio, e buscam em sua prática, não a humanização desses espaços de violência ou o aperfeiçoamento no cuidado aí dispensado, mas sim, seu fim.

A reforma surge com propostas de intervenções no cuidado em liberdade e no lidar comunitário, numa luta cotidiana pelo fim dos manicômios, de modo a tornar o sujeito o mais funcional possível. Esse movimento tem como marca principal de sua luta a restituição da autonomia do louco, cujo foco está também voltado à potencialização do protagonismo dos que sofrem psiquicamente para assumirem uma posição de sujeitos desejantes na sociedade (DELGADO, 1992; TENÓRIO, 2002).

No Brasil, o movimento pela reforma psiquiátrica investe na potencialização da responsabilização social sobre o louco e a loucura, pensando a construção de uma atenção à saúde mental pautada em outra construção da representação social sobre a loucura, na interação do cuidado com a família e com a

luta para pôr fim às instituições psiquiátricas tradicionais, caracterizadas por Goffman (2005) como instituições totais.

Compreendemos a reforma psiquiátrica como a busca de uma outra forma de olhar, escutar e tratar a loucura, decorrente de um processo histórico de questionamentos e reelaborações das concepções e práticas psiquiátricas clássicas. (PACHECO, 2009, p. 120)

Visando a construção dessa outra representação social, é que acontece no Brasil, na década de 1980, a I Conferência Nacional de Saúde Mental que é considerada um marco na trajetória da reforma psiquiátrica brasileira por colocar a sociedade civil e os familiares no *locus* das discussões sobre a assistência à saúde mental. Tal intento sai da 'zona de conforto' ao se lançar a proposta de uma democratização dos espaços de cuidado com o reconhecimento da necessidade de uma mobilização popular, bem como, quando se trata das necessidades de investimentos em políticas arrojadas no campo da saúde mental (AMARANTE, 1995; PACHECO, 2009; SIDRIM, 2010; MELO, 2012).

Outro marco importante é o II Encontro dos Trabalhadores em Saúde Mental, ambos os eventos trabalharam na eminência de promover nesses encontros um momento para estreitamento de laços, com os familiares e comunidade, discutindo as condições da assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico, e a necessidade de uma reestruturação no cuidado dispensado. O Encontro teve como lema: *Por uma sociedade sem manicômios* (AMARANTE, 1995).

Contribuíram também no processo da luta, a interface da saúde mental com o SUS, a VIII Conferência de Saúde, em 1986 e a construção da Constituição Federal de 1988 na seção II. art. 196, quando diz: *A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação* (BRASIL, 1988).

Outro fator que impulsionou as ações concretas da reforma psiquiátrica foi a Lei 8.080/90, que ficou conhecida como a *da Lei do SUS* e que *dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências* (BRASIL, 1990).

Constatamos assim, que o movimento social pela reforma da assistência à saúde mental tem fortes laços com outro movimento social, o da Reforma Sanitária, que culminou na constituição do Sistema Único de Saúde – SUS, e que se constituiu fator decisivo para a concretização de dispositivos de assistências propostos pelo movimento da reforma psiquiátrica em substituição ao manicômio.

Após vinte anos de ditadura militar, o país inicia um movimento de redemocratização dos espaços de decisão política, de ascensão dos movimentos sociais vinculados à luta da classe trabalhadora e ao ressurgimento da luta dos profissionais da saúde e usuários, por um Sistema de Saúde Único de Saúde (SUS) universal, gratuito, igualitário e de qualidade. (MELO, 2012, p. 85).

Esses dois eventos possibilitaram o fomento das ações em território dos ideais da reforma psiquiátrica *in loco*, no entanto, as ações voltadas para a saúde mental em relação direta com o SUS só ganhou o território nacional em abril de 2001, com a aprovação da Lei 10.216 que tem influência da Lei 180 de Franco Basaglia.

Formulada como uma política pública do Estado, a reforma psiquiátrica brasileira é respaldada pela Lei nº 10.216 e pelas diversas portarias implantadas pelo Ministério da Saúde. O projeto em expansão constitui-se pelo modelo comunitário com seus diversos dispositivos institucionais: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como ordenadores da rede; o programa De Volta para Casa, que reinsere usuários de longa permanência internados em hospitais psiquiátricos na sociedade; os leitos psiquiátricos em hospital geral; a construção de uma política pública intersetorial para álcool e drogas, e também para crianças e adolescentes; a articulação com a rede básica de saúde; e a consequente redução dos leitos nos hospitais psiquiátricos (AMARANTE e DINIZ, 2012, p. 85).

É ainda no contexto de luta e reivindicações de direitos e democratização nas relações, que no ano de 1980, surge o primeiro CAPS do Brasil – o CAPS Luís Cerqueira – inaugurado em 1987, em São Paulo, que é implantado antes da Lei do SUS e da reforma psiquiátrica. Foi também no final da década de 80, com a proposta de reestruturação da assistência psiquiátrica que houve o projeto de lei 3.657/89 do Deputado Paulo Delgado (PT-MG), com leis que orientavam a reestruturação da assistência psiquiátrica no território brasileiro (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002; ROSA, 2008).

O projeto era simples, com apenas três artigos de conteúdo: o primeiro impedia a construção ou contratação de novos hospitais psiquiátricos pelo poder público; o segundo previa o direcionamento dos recursos públicos para a criação de “recursos não-manicomial de atendimento”; e o terceiro obrigava a comunicação das internações compulsórias à autoridade judiciária, que deveria então emitir parecer sobre a legalidade da internação (TENÓRIO, 2002, p. 36).

Durante a década de 1990, se ampliaram os dispositivos em território e de assistência substitutivos aos cuidados hospitalares, a exemplo de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT) e Hospitais Dia (HD). Essas primeiras experiências foram surgindo timidamente espalhadas por todo território brasileiro, porém, com grande significação para o movimento.

Esses primeiros dispositivos surgiram no Ceará, Minas Gerais, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e São Paulo (com destaque para Santos e Campinas). Esses estados criaram leis estaduais de reforma à assistência psiquiátrica enquanto aguardavam a aprovação do projeto de lei federal, do deputado Paulo Delgado (PT), enviada ao congresso em 1989, garantindo assim em seus territórios a possibilidade de uma reconstrução social para a loucura (AMARANTE, 1995; PACHECO, 2009; SIDRIM, 2010).

No entanto, é na III Conferência de Saúde Mental em 2001 com o tema: *Cuidar sim, Excluir não!* que o movimento ficou fortalecido principalmente com a aprovação do projeto do deputado Paulo Delgado, após doze anos do seu envio ao Congresso.

[...] é somente no ano de 2001 que a Lei Paulo Delgado – já tramitando enquanto projeto de lei no Congresso Nacional desde o ano de 1989 – é sancionada no país com a proposta de regular as internações psiquiátricas e de orientar o redirecionamento da assistência em saúde mental na perspectiva de oferta de serviços abertos, de base comunitária e territorial, serviços esses substitutivos ao hospital psiquiátrico. (FORNAZIER; DELGADO, 2011, p. 415).

Acontece então, em 06 de abril de 2001, como lei da reforma psiquiátrica a Lei 10.216/01 sendo que a aprovação dessa lei, embora sofrendo algumas

sanções antes de ser aprovada, foi considerada um avanço para o processo de transformação na assistência a saúde mental a nível nacional.

De acordo com Pita (1994), a partir de então ficam instituídos os CAPS como serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Dispositivos que funcionam em território e tem como função promover empoderamento e inserção social de usuários assistidos nesses serviços. Em contrapartida, progressivamente iniciaram os fechamentos de leitos psiquiátricos e o descredenciamento de leitos financiados pelo SUS em hospitais psiquiátricos particulares. Essa iniciativa prejudica os lucros de grandes 'empresários da loucura' que perderam financiamento e em alguns casos tiveram seus hospitais fechados, deixando de lucrar também nessa circunstância, embora em menor grau, a indústria farmacêutica.

Pelbart (1991), Birman (1992) e Pita (2001) alertam para se manter atenção nessa nova construção de assistência social à loucura, pois o manicômio não está restrito ao local de confinamento do louco, em sua segregação, ou seja, aos muros dos hospitais psiquiátricos, mas também, na forma de pensar a loucura. Um sujeito pode ser excluído de relações sociais, pelos simples fato de apresentar sofrimento psíquico, sem necessariamente passar por internações psiquiátricas/manicomiais. O que se propõe então é um 'novo lugar social' para a loucura, ou seja, a construção de um novo paradigma para a loucura, uma nova inscrição desse fenômeno da sociedade.

Pode-se dizer que a Reforma Psiquiátrica no Brasil vem se desenvolvendo dentro de um campo de tensões e conflitos entre dois modelos assistenciais que coexistem: de um lado o modelo manicomial que ainda resiste, caracterizado pela exclusão e reclusão da loucura em hospitais psiquiátricos e, de outro lado, um modelo pautado em uma clínica antimanicomial, que preza pela reinserção social e garantia de direitos ao tratamento humanitário e à liberdade das pessoas "*acometidas por intenso sofrimento psíquico*". Este movimento tem como tônica uma crescente responsabilização social no que tange o cuidado à saúde mental e à luta contra as instituições historicamente destinadas a este cuidado. (PACHECO, 2009, p. 144).

Para além das mudanças conquistadas na legislação civil e penal com a aprovação da Lei 10.216/01, faz-se necessário a construção de articulações entre o MNLA e outros movimentos sociais, abrindo assim a possibilidade de ressignificação

de conceitos como o de louco e de loucura através da divulgação, discussão e reflexão sobre o tema.

Cabe ressaltar que o MNLA surge no processo da reforma psiquiátrica e se constitui em um movimento social, plural e independente que prega a não institucionalização. Esse movimento é composto por familiares, usuários, militantes, acadêmicos, profissionais da saúde mental e simpatizantes. O MNLA se reúne a cada dois anos em sedes diferentes para fazer circular no território brasileiro a ideia antimanicomial (PACHECO, 2009).

Segundo Pacheco (2009), o MNLA é considerado o segundo maior movimento social no Brasil quando se refere a número de participantes, ficando atrás apenas do Movimento dos Trabalhadores Sem Terra. Contudo, mesmo tendo conquistado esse lugar, o referido movimento pouco tem ganhado destaque na literatura. *Em vários livros que tratam dos movimentos sociais no país, não há referência ao MNLA, o que revela a marginalidade de sua luta* (PACHECO, 2009, p. 164).

No entanto, Amarante e Diaz (2012) sinalizam que:

A proposta de desinstitucionalização, um dos mais fortes marcos teóricos dessas políticas públicas, tem ressonância na sociedade pelos aspectos econômicos, afetivos e ideológicos que produz. Entendendo essa metamorfose a partir do descrédito atribuído aos lugares de segregação, a transformação do modelo em saúde mental como expressão de uma outra política torna-se um conjunto instável, repleto de conflitos, de tensões, de crises e de derrapagens. Um sistema é dito 'ultrapassado' quando não tem mais quem o defenda. Essa não é a realidade da reforma psiquiátrica brasileira: suas mudanças vêm trazendo questionamentos e fortes embates (AMARANTE; DIAZ, 2012, p. 86).

Há questionamentos diversos geradores de conflitos e que ameaçam a continuação da proposta concreta da reforma psiquiátrica, nesse ensejo encontram-se também opositores representados por parcela da sociedade que problematizam a má gestão das políticas públicas deixando muitos sujeitos que vivenciam sofrimentos psíquicos desassistidos, devido às dificuldades ainda enfrentadas pelos serviços substitutivos. Aderem a esses questionamentos de denúncias reivindicando a eficiência do sistema, parcela de familiares, grupos políticos e opinião pública. Esses grupos valorizam o paradigma tradicional biológico de cuidado centrado no hospital psiquiátrico (AMARANTE; DIAZ, 2012; RIBEIRO et al, 2012).



Na atualidade, a reforma psiquiátrica ainda recebe críticas e rejeição de opositores desse movimento. Dentre os opositores se encontram os: (1) psiquiatras de formação tradicional e donos de hospitais psiquiátricos (empresários da loucura) e (2) parcela da sociedade, que mantém a representação social da loucura embasada no modelo biomédico e não aceita o convívio cotidiano com a loucura.

No entanto, esse jogo de opostos não tem impedido que novos serviços e novas equipes multidisciplinares se formem e invistam no cuidado em território na corresponsabilização com familiares e sociedade. Construindo uma nova história para a o fenômeno da loucura no país, com a invenção de outra representação social.

## **1.2 Breve percurso do aprisionamento da loucura e da reforma psiquiátrica na Bahia.**

*Eu já não tenho mais vida!  
Tu já não tens mais amor!  
Tu só vives para o riso,  
Eu só vivo para a dor.*

Castro Alves.

A Bahia ganha, em 1870, seu primeiro hospital psiquiátrico, localizado em Salvador, direcionado ao tratamento da loucura, pois, *o pensamento dominante no século XIX era de que a hospitalização e a privação, pura e simples, do contato social do alienado teriam um fim curativo* (VERAS, 2010, p. 35).

Com esse pensamento, Salvador investe em seu primeiro hospital psiquiátrico, conhecido como Asylo João de Deus, localizado no Solar da Boa Vista instalado na antiga residência do poeta Castro Alves, hoje Hospital Juliano Moreira (HJM). *A história do Hospital Juliano Moreira guarda a preciosidade histórica de ter sido instalado primeiramente na residência do mais importante poeta baiano.* (VERAS, 2010, p. 25).

Antes desse século, os 'loucos' considerados socialmente mais tranquilos, viviam em companhia de seus familiares, que impunha seu modo de tratamento, recorrendo a rezas, banhos, chás, reclusão, ou circular livre pelas

praças e campos. Os considerados violentos, que não se adaptavam às regras sociais, eram a eles imputada a cadeia pública ou os porões das Santas Casas.

No final do século XIX e início do século XX, se encontravam internos do Asylo João de Deus, 'loucos' da capital e do interior, em péssimas condições de assistência, sendo esse local apenas um depósito de humanos, *a mortalidade entre os pacientes por beribéri era elevadíssima*, a degradação do espaço e dos internos fez com que surgissem discussões que, em 1982, levou à construção de novas instalações para o Asylo (VERAS, 2010, p. 29).

A nova sede para a loucura foi construída no bairro de Narandiba, que na década de 1980 era pouco povoado e afastado do centro, escolha para manter o louco afastado do convívio social, ou seja, esconder a loucura da sociedade. O Asylo passou a ser chamado Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira em homenagem ao médico psiquiatra baiano, que dedicou parte de sua vida a estudos e discussões sobre a loucura.

É notório o não compromisso político e ético da Bahia com a prática antimanicomial que circulava na década de 1980. Quando outros estados estão impulsionados pelas discussões sobre a reforma psiquiátrica e já implantando serviços substitutivos em seus territórios a Bahia investia em uma nova sede para o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira (HJM) com as mesmas características dos tradicionais hospitais.

Caracterizada pela mais absoluta falta de responsabilidade para com as necessidades da população, a assistência psiquiátrica na Bahia tem sido marcada na última década e meia – período que coincide com o desenvolvimento nacional dos esforços transformadores do processo da Reforma Psiquiátrica – pela tentativa de uma captura superficial e interesseira, por parte dos gestores, dos signos orientadores do discurso da Reforma Psiquiátrica, sem, no entanto, imprimirem ou revelarem nas suas ações qualquer sistematicidade, regularidade e direcionalidade, comprometidos com a mesma. (BAHIA – NESM, 2006. p. 01).

No entanto, se faz importante ressaltar que existia uma dicotomia de interesse na Bahia nesse momento. Se de um lado a Bahia sediava construção e manutenção de um hospital psiquiátrico, ao mesmo tempo colocava-se como palco do II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em 1980. A Bahia também recebeu o I Encontro Nacional de Luta Antimanicomial, em 1993 com a presença de 480 participantes, sendo 25% desses participantes usuários e

familiares com a ideia de compor um coletivo. (PACHECO, 2009; SCARCELLI, 2011).

Compomos hoje um coletivo, onde as várias vozes dos diversos segmentos da sociedade ecoam em unísono: “por uma sociedade sem manicômios”. Usuários, técnicos e familiares, fizeram da luta contra a exclusão uma tarefa comum... o movimento antimanicomial saiu mais fortalecido, mais confiante na nossa capacidade de reinventarmos a vida, e entre outras coisas, contribuirmos com a reforma psiquiátrica brasileira. (Relatório do I Encontro Nacional do Movimento de Luta Antimanicomial, Salvador, 1993 apud SCARCELLI, 2011).

Mesmo a Bahia tendo iniciado concomitante com outros estados sua participação no processo da reforma psiquiátrica, seja sediando eventos, promovendo discussões e investindo na formação de associações de usuários, familiares, trabalhadores, reivindicando assim, um outro lugar para a loucura, esse movimento, a partir da década de 90, perde força em seu direcionamento prático, na Bahia. Embora familiares, usuários, militantes e alguns trabalhadores se posicionaram frente à discussão desse processo, tal posicionamento se fez de forma tímida, dentro de uma discussão muita mais política do que prática. Outro agravante foi que a discussão manteve-se restrita, não se ampliou às Universidades tampouco às instituições diversas como a saúde, educação, social, mídia, etc.

Naquela época na Bahia, não havia disposição do poder público, de alguns familiares e dos trabalhadores em avançar na direção dessa política de desinstitucionalização. A *indústria da loucura* mantinha seu poder sobre as decisões relacionadas à loucura e a manutenção dos leitos psiquiátricos na Bahia. A loucura, naquele período, em terras baianas, continuava a ser vista *como uma aberração biológica, psicológica e social* pelos olhos de uma psiquiatria baiana comparada em muitos traços em sua prática à *psiquiatria alemã nazista* (VERAS, 2010).

Enquanto estados, a exemplo de Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, São Paulo, Sergipe, Ceará e Rio Grande do Norte investem nas discussões e reconhecimento dos direitos dos sujeitos em sofrimento psíquico, e alguns na implantação de serviços substitutivos a leitos psiquiátricos, aguardando apenas a aprovação da Lei 10.216/01 para oficializar esses novos serviços, a Bahia se mantinha fora desse circuito, mantendo o hospital psiquiátrico como único recurso de tratamento para a loucura.

Desse modo, só tardiamente o Estado da Bahia aderiu ao processo de reforma psiquiátrica, mesmo com a vigência da Lei 10.216 de abril de 2001, que institui um novo modelo de tratamento a sujeitos em sofrimento psíquico e regulariza fechamentos progressivos de leitos psiquiátricos e implantação de serviços substitutivos em território. A Bahia continuou por alguns anos a ignorar essa Lei e manteve em seu território o modelo tradicional de tratamento psiquiátrico, como única via de assistência ao sofrimento psíquico.

Apenas no ano de 2004 é que a Bahia começa então a organizar seus dispositivos substitutivos em saúde mental no território, conforme intervenção/orientação da portaria 251 de dezembro de 2002 e de denúncias de instituições organizadas.

Em agosto de 2004, o Ministério da Saúde anunciou a decisão de intervir judicialmente em 10 hospitais psiquiátricos conveniados ao SUS, após os resultados da avaliação realizada pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria) e após denúncias de movimentos organizados (Comissão de Direitos Humanos, da Ordem dos Advogados do Brasil, Conselho Federal de Psicologia, Movimento da Luta - antimanicomial e movimentos locais de familiares e de pacientes) que pediam providências quanto aos maus-tratos nas instituições psiquiátricas. (BRASIL, 2007, p. 27 apud FORNAZIER e DELGADO, 2011, p. 419).

A intervenção na Bahia aconteceu a partir do fechamento de três dos dez hospitais psiquiátricos baianos, sendo dois na capital (Sanatório Ana Nery e Sanatório Bahia) e um no interior, no município de Ilhéus (Sanatório São Jorge), após ordem judicial. A Bahia contava, na época, com 2.504 leitos psiquiátricos atendendo em condições desumanas.

Nesse período intensificam-se os movimentos sociais na Bahia que questionam as relações manicomiais e reivindicam a implantação e manutenção de serviços substitutivos de saúde mental, que priorizem o cuidar em liberdade e a promoção da inserção social de sujeitos que vivenciam a loucura.

Atualmente, a Bahia conta com um número razoável de serviços substitutivos em funcionamento, no entanto, ainda está aquém de ser o ideal. Entre os serviços substitutivos em funcionamento, encontramos cento e oitenta e três CAPS, vinte Residências Terapêuticas, quarenta e uma iniciativas de geração de

renda e quinze Hospitais Gerais, oferecendo um total de cento e dezesseis leitos SUS de Retaguarda (BRASIL, 2010).

Contudo, ainda estão em funcionamento na Bahia sete Hospitais Psiquiátricos e um Hospital de Custódia e Tratamento:

**Tabela 01.** Número de leitos psiquiátricos em Instituições Psiquiátricas na Bahia.

<b>Instituição psiquiátrica</b>	<b>Cidade</b>	<b>Leitos exclusivos SUS</b>
Hospital Juliano Moreira	Salvador	178
Hospital Mário Leal	Salvador	30
Sanatório São Paulo	Salvador	40
Hospital Especializado Lopes Rodrigues	Feira de Santana	284
Casa de Saúde Judas Tadeu	Itabuna	176
Sanatório Nossa Senhora de Fátima	Juazeiro	75
Hospital Especializado Afrânio Peixoto	Vitória da Conquista	50

Fonte: SESAB, 2013.

Esses hospitais juntos oferecem um total de 811 leitos para internação psiquiátrica na rede pública de saúde (SUS). Desses hospitais, o São Paulo e o São Judas oferecem leitos particulares. Localizam-se também na Bahia muitas clínicas na rede particular com leitos para internamento de sujeitos em sofrimento psíquico.

Não entra nessa lista de hospitais da rede de atenção da SESAB, o Hospital de Custódia e Tratamento / HCT, em Salvador, pois, esse hospital está sob a gestão da Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos (SESAB, 2013).

Existem ainda nas instituições psiquiátricas da Bahia, sujeitos em sofrimento psíquico que se tornaram moradores de longa permanência em alguns desses hospitais, e mesmo com todo movimento pela não manicomialização de sujeitos em sofrimento psíquico, essa ainda é uma realidade no contexto da saúde mental na Bahia.

**Tabela 02.** Moradores de longa duração em Instituições Psiquiátricas.

<b>Instituição psiquiátrica</b>	<b>Sujeito em sofrimento psíquico morador na instituição.</b>
Hospital Juliano Moreira	45
Hospital Especializado Lopes Rodrigues	200
Sanatório Nossa Senhora de Fátima	04
Casa de Saúde São Judas Tadeu	03
Hospital Especializado Afrânio Peixoto	03
Hospital de Custódia e Tratamento	06

Fonte: SESAB, 2013.

Existem nesses hospitais um total de 261 moradores permanentes, ou seja, de longa duração, sujeitos que foram internados há muitos anos e perderam toda referência com os respectivos familiares e com a sociedade, tornando-se moradores dos hospitais psiquiátricos.

Nessa trajetória, por uma reforma psiquiátrica efetiva na Bahia, os dispositivos estão sendo implantados lentamente e com baixa sustentação, ainda perdura o modelo de internação psiquiátrica o que produz a manutenção dos leitos psiquiátricos. Não se iniciou na Bahia nenhuma escola de supervisão apoiada pelo SUS. A Bahia, desse modo, caminha a passos lentos em direção a uma rede substitutiva eficiente que promova de modo eficaz e necessário o fechamento progressivo de leitos psiquiátricos. (BRASIL, 2010).

São vários os desafios que a saúde mental enfrenta na Bahia, na condição de escrever sua trajetória de modo satisfatório. Atentos a isso, apresenta-se aqui, de modo sistemático, alguns desses desafios tomando-se como base o resultado da pesquisa de Rosa (2005); dados da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (2008); da pesquisa realizada por Lima et al (2010); de Fornazier e Delgado (2011), do Relatório Brasil em dados (2012) e os resultados da efetivação desse trabalho.

Os desafios dizem da:

- a. Ineficiência na liberação de leitos psiquiátricos em Hospitais Gerais, assim como, na implantação de CAPS modelo III. A deficiência nesses dispositivos faz com que, em momentos de necessidade de retaguarda para sujeitos em sofrimento psíquico intenso, esses sigam o caminho tradicional da psiquiatria passando pelo Hospital Psiquiátrico, produzindo assim, em seu corpo os *estigmas* de que nos fala Goffman (1992).
- b. O baixo investimento de Centros de Ensino e de apostas de profissionais na formação em saúde mental considerando as tecnologias pautadas na dinâmica que são exigidas no trabalho em Saúde Mental.
- c. Desencontro entre Estratégia de Saúde da Família e Saúde Mental, com baixo investimento das gestões municipais na construção de vínculo entre essas duas estratégias. A não preconização de investimentos em projetos, assistências, materiais e profissionais da saúde mental, geram a instabilidade desses profissionais nos serviços de saúde mental, que apresentam grande rotatividade dada a precariedade dos vínculos empregatícios, assim como, o descontentamento nas ações realizadas.
- d. Dificuldade dos municípios trabalharem a saúde mental de forma transversal no território, fazendo circular por instituições e ações diversas, não a deixando presa a uma única instituição, a exemplo do CAPS.
- e. Baixo incentivo na construção de outra representação social para a loucura.

Esses pontos apresentados acima, dizem para além de um não compromisso das gestões municipais com a saúde mental, profissionais e sociedade, mas também enfatizam o modo como a loucura ainda é vista culturalmente, e o quanto a representação social tradicional sobre a loucura ainda traz consequências diretas no processo de inserção social de sujeitos que passam ou passaram por sofrimento psíquico intenso, e que tem nos serviços substitutivos a aposta de continuarem com suas vidas sem *interrupções*.

### 1.3 Reforma psiquiátrica em Cachoeira, breve trajetória

*A possibilidade de arriscar  
É que nos faz homens  
Vôo perfeito  
no espaço que criamos  
Ninguém decide  
sobre os passos que evitamos  
Certeza  
de que não somos pássaros  
e que voamos  
Tristeza  
de que não vamos  
por medo dos caminhos.*

Damário da Cruz

Na cidade de Cachoeira, no Recôncavo baiano, a loucura não ganha outras características, segue a trajetória similar de tratamento direcionado a quem foge às experiências normatizadas e/ou convencionadas no social.

Nesse município, a loucura inicialmente ganhou as ruas circulando livremente e experienciando como modo de significação de eventual cura diversas vivências religiosas.

Tempos depois, passou a ser perseguida como causadora de desordem pública indo, então, frequentar os porões da Cadeia Pública e da Santa Casa de Misericórdia – instituição filantrópica que servia de passagem para o Hospital Psiquiátrico, na capital.

Moradores de Cachoeira, familiares e profissionais que lidam com a loucura há longas datas e que vivenciaram a trajetória da loucura nesse espaço, relatam não sem espanto, o modo de atenção dirigida aos sujeitos em sofrimento psíquico, em seu território de vivências. Os relatos colhidos em sala de espera no serviço (familiares e acompanhantes), nos pátios da Universidade, nas ruas com moradores da cidade e profissionais de Saúde e da Assistência Social dizem de suas percepções sobre a loucura e da representação que se construiu baseada no mito propagado sobre o sofrimento psíquico, uma representação carregada de estereótipos sobre a loucura.

Os relatos aparecem divididos entre um antes e um depois, sendo o demarcador dessa separação o CAPS. A visão que essas pessoas passam sobre a loucura nesse antes, se refere ao medo de estar com o louco, tanto em uma suposta



imprevisibilidade desse sujeito, quanto de uma suposta 'contaminação', percebida como um medo de tornar-se louco também.

Esse modo de trato com a loucura se justifica pela forma como a loucura foi dada cientificamente e no senso comum, com estereótipos que a proibia de circular pela cidade. Escondida, a loucura aparecia apenas caricaturalmente, em momento de sofrimento intenso e por vezes com necessidade de interferência da Polícia Militar e da ambulância da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para contenção física do sujeito e encaminhamento para hospitais psiquiátricos.

O depois aparece com o circular desses sujeitos em sofrimento psíquico pela cidade, frequentando padarias, restaurantes, igrejas, festas públicas, serviços de saúde, centros de ensino, etc., essa vivência ainda causa espanto nas pessoas, pouco elas conhecem sobre essa mudança, no entanto, julgam como 'boa', mas ainda com vestígios de medo.

Percebemos nos relatos dos familiares experiências com o fenômeno da loucura que marcam momentos históricos diferentes, com tentativas de justificar essa experiência subjetiva e que gera sentimentos diversos no singular e no coletivo. Em Cachoeira, fica presente em alguns casos, a questão religiosa enlaçando a loucura, ou seja, o tomar a experiência com a loucura como vontade dos deuses, destino e/ou possessão de espíritos.

Uma senhora, já idosa e com dificuldade na locomoção, acompanha seu filho em um atendimento com a médica no CAPS, enquanto aguarda na sala de espera, troca experiências com outros (as) acompanhantes, iniciando, assim, um momento de troca de vivências. Fica notável ao observar esse grupo, os modos como essas pessoas significam o sofrimento psíquico, que está dado, nesse momento em discursos diversos e em concepção diversas sobre o fenômeno da loucura, e, que perpassa por significações mítico-religiosa, organicista e psicológica, modos diferentes de tentativas de justificar a loucura em seus familiares.

Essa mesma senhora, que devido o avançar da idade e limitações físicas, não apresenta condições de acompanhar esse rapaz na consulta, diz que assim o faz por que não tem outros familiares dispostos a isso. Segundo ela, os demais familiares se dizem muito ocupados e o serviço solicita que alguém acompanhe o usuário nas consultas médicas.

Os relatos dessa senhora dizem de uma experiência longa com o fenômeno da loucura, segundo ela, ficou nítido que tinha algo diferente com seu

filho, quando esse tinha quatorze anos. Desde então, e sem apoio, seu filho seguiu uma 'carreira moral', entre internações psiquiátricas, trancamentos em casa, terreiros de candomblé, centros espíritas e Igreja Universal. Ela relata, com o apoio de outros familiares presentes no momento que vivenciaram experiências parecidas, como era difícil e vergonhoso ter na família alguém com sofrimento psíquico.

Para alguns pacientes, o CAPS surgiu como última opção após várias tentativas de 'curas' via coerção mecânica, biologicista e religiosa. Familiares, profissionais e os próprios usuários dizem dessas experiências com vários centros religiosos (protestantes, candomblé, católicos, etc.), de saúde (hospitais psiquiátricos diversos) e delegacias. Cada um com sua maneira de lidar e procurar significar esse fenômeno, que para muitas famílias e sociedade ainda é desconhecido.

Os rituais religiosos, a reclusão em casa e as internações psiquiátricas eram as únicas formas de lidar com a loucura, nessa cidade. Com a entrada do CAPS no território como dispositivo de saúde mental, se inicia a construção mesmo que ainda tímida de outra forma de vivência com a loucura. Iniciando com a redução das internações, construindo nova forma de significar a religião nesses casos e vendo nessa a possibilidade de fortalecimento de vínculos sociais.

O CAPS possibilita então, nessa cidade, uma forma inteiramente nova de relação com os sujeitos em sofrimento psíquico. No entanto, ao colocar a sociedade diante de uma situação desconhecida e com poucas informações sobre o que estava acontecendo, provocou o estranhamento da própria sociedade, tanto em relação a serviço de saúde mental, quanto dos sujeitos que fazem uso do serviço. Estranhamento que causa, por vezes, repulsa e retraimento no convívio cotidiano com a loucura ao compartilhar espaços sociais.

No ano de 2000, Cachoeira faz parte da Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde em áreas estratégicas (BRASIL, 2010) e após pactuar com alguns municípios vizinhos implanta seu primeiro Ambulatório de Saúde Mental (ASM) localizado na SMS, esse serviço realizava acompanhamento médico e farmacológico aos sujeitos em sofrimento psíquico e quando esses apresentavam sofrimento intenso, eram referenciados para o Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira. Desse modo, um serviço que poderia promover aproximação entre comunidade, familiar e o fenômeno da loucura, ainda, no século XXI, não investia de modo significativo na construção da desinstitucionalização.

Com essa prática, Cachoeira tardava investir em serviços substitutivos de Saúde Mental, promotores de inserção social. Apenas em 2006, cinco anos após a aprovação da Lei 10.216/01, com o fechamento dos leitos psiquiátricos na capital e no interior, mediante a intervenção do Ministério Público que Cachoeira, junto a outras cidades do estado da Bahia, se viu obrigada a organizar os serviços substitutivos, que desde abril de 2001 já constava como portaria do Ministério da Saúde. Vale ressaltar que, nesse momento, os serviços substitutivos foram representados no interior pelos CAPS.

Com isso, o serviço substitutivo foi instalado na cidade de Cachoeira sem, entretanto, preparar a comunidade, os profissionais e os familiares para receberem esse serviço e problematizar sua prática no trato com os sujeitos em sofrimento psíquico. Desde então, Cachoeira tenta construir uma nova trajetória para a loucura ao fortalecer as articulações da saúde mental no território.

## **2.0 CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: DISPOSITIVOS DE INSERÇÃO SOCIAL EM TEMPOS DE REFORMA PSIQUIÁTRICA ORIENTADA PELA LUTA ANTIMANICOMIAL.**

*Atrás de cada obra há um artista.*

Mário Pedrosa

Frente à situação em que se encontravam os sujeitos institucionalizados no Brasil iniciou-se a elaboração e discussão de estratégias potencializadoras de um processo de desinstitucionalização e visibilidade social dos sujeitos em sofrimento psíquico para além da mudança na assistência psiquiátrica tradicional.

Nesse contexto, o CAPS surge como dispositivo estratégico no território com função clínica e social, se constituindo como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico e ao mesmo tempo promotor de outro olhar sobre a loucura e possibilitador de inserção social.

Enquanto serviço substitutivo, o CAPS se constitui parte significativa no processo de reforma psiquiátrica e de desinstitucionalização, despontando como dispositivo de inserção social e problematizador do lugar ocupado pela loucura na sociedade. Pois, de acordo com Lobosque (1997).

Uma sociedade não tem como desconstruir seus manicômios permanecendo intocada em sua estruturação: pensar, propor, sustentar formas de contrato social nas quais não seja mortífera a presença da loucura (LOBOSQUE, 1997, p. 23).

Na perspectiva de construção de outro lugar social para a loucura, é que foram construídos os serviços substitutivos enquanto dispositivos de saúde mental. Dispondo de tecnologias para a reflexão e o construir cotidiano no território de outras possibilidades para a desinstitucionalização acontecer de forma integrada. Nesse sentido, os CAPS não são pensados para incluir pura e simplesmente, mas para questionar a exclusão e inventar caminhos que produzam outra representação social para a loucura, que não seja a da insensatez, periculosidade, desrazão, inutilidade.

Para isso acontecer,

É fundamental a implantação de redes socio sanitárias, municipais, territoriais e comunitárias que possibilitem a incorporação de

recursos potenciais habitualmente subutilizados. A ativa participação das famílias, dos usuários, trabalhadores, gestores e outros atores da comunidade proporcionam um efetivo suporte social decisivo em qualquer modalidade de cuidado, permite maior cobertura, um seguimento mais eficaz e personalizado das pessoas e promove corresponsabilidade na atenção contínua dos mesmos. É primordial que a implantação de políticas públicas se confronte com os mecanismos e processos de exclusão. Portanto, é necessário desenvolver programas de desinstitucionalização das pessoas há longo tempo internadas, garantir o acesso, o acolhimento, a responsabilização, a produção de novas formas de cuidado do sofrimento, visando aos processos de autonomia, de construção dos direitos de cidadania e de novas possibilidades de vida para todos. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2001; p.25 apud SCARCELLI, 2011; p. 156).

Nesse construir coletivo, faz parte significativa desse processo, uma nova leitura social e cultural sobre a loucura. Já é possível perceber no novo modo de cuidado em liberdade traços dessa aposta nos investimentos em formação de vínculos e na construção de modos singulares e facilitadores de circulação da loucura por entre as malhas da cidade.

Com a implantação do CAPS como serviços substitutivos no território visando não apenas uma função terapêutica, mas também social, a diferença no cuidado ofertado passou a ter como base a concepção de saúde mental e de ser humano como sujeito que deve ser atendido minimamente em seus direitos básicos e em sua condição de cidadão. Abandonando, assim, a ideia de que o sujeito em sofrimento psíquico deva ser tratado longe do convívio em sociedade, escondido, contido, medicado e amarrado.

Nesse novo modelo de cuidado é necessário o reconhecimento por parte dos profissionais, familiares e sociedade de que há um sujeito que sofre psicologicamente e que precisa de suporte, que o escute e que o estimule a desenvolver autonomia, a (re) significar o sofrimento e participar das decisões coletivas e das instituições.

O foco da atenção que antes era dirigido à “doença mental” agora é colocado frente ao sujeito em sua dimensão totalizante, como um ser que sofre e que enfrenta momentos desestabilizadores em situações cotidianas, que podem levá-lo a procurar ajuda. Estas foram ideias defendidas por Basaglia, na Itália e que tem grande repercussão no Brasil, fazendo com que as práticas nos serviços

substitutivos sejam pensadas e questionadas a partir desses ideais, ou seja, pensando a saúde mental em detrimento da doença mental.

A maneira de lidar com a saúde mental está mudando com o movimento pela desinstitucionalização. Antes o cuidado oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico era basicamente o isolamento social através das internações, atualmente, no processo de reforma psiquiátrica, novos serviços são criados e tem mostrado sua efetividade, ao diminuir o número de internações e promover a inserção social.

A interação com a sociedade (o não isolamento) possibilitada pelo CAPS dá ênfase à participação social, ao permitir um deslizamento do sujeito pelas redes que compõem as *malhas subjetivas na cidade*.

O Ministério da Saúde (2004) define Centro de Atenção Psicossocial como:

(...) um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS). Ele é um lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros clínicos cuja severidade e/ou persistência, justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. **O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando acompanhamento clínico e a reinserção social de usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.** É um serviço de atendimento à Saúde Mental criado para ser substitutivo a internações em hospitais psiquiátricos. (BRASIL, 2004, p. 13. Grifo nosso).

As práticas nesses serviços substitutivos devem ser construídas visando a potencialização do poder de contratualidade dos usuários e a promoção de autonomia em uma aposta cotidiana na conquista de direitos cívicos e na ocupação de espaços no mundo do trabalho, lazer, educação, etc. Nesta perspectiva, o CAPS possibilita a inserção da loucura e do louco nas instituições e na vida social ao produzir um novo olhar sobre esses sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade.

Dessa forma, segundo Onocko-Campos e Furtado (2006):

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes deverão receber consultas médicas, atendimentos terapêuticos individuais e/ou grupais, podendo participar de ateliês abertos, de atividades lúdicas e recreativas promovidas pelos profissionais do serviço, de maneira mais ou menos intensiva e articuladas em torno de um projeto

terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e reabilitação psicossocial, devendo também haver iniciativas extensivas aos familiares e às questões de ordem social presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006, p.3).

Os CAPS, por estarem instalados na comunidade onde residem seus usuários, possibilitam a esses sujeitos que experienciam um momento singular e por vezes inverbalizável, a oportunidade de contar com o apoio de familiares e amigos, assim como, de instituições conhecidas: escolas, igrejas, universidades, centros de saúde e etc. podendo contar ainda, com uma equipe de profissionais que trabalham de forma multidisciplinar clinicamente e socialmente, realizando um trabalho de corresponsabilização com a família e a comunidade, visando o cuidado integral do sujeito.

Navarine e Hirdes (2008. p.687) afirmam que os profissionais no trabalho realizado no cotidiano de suas atividades nos CAPS *precisam envolver a família na assistência, compartilhar com ela os objetivos e metas, estabelecendo um diálogo efetivo que possa oferecer dados imprescindíveis ao delineamento de sua assistência.*

Essa necessidade se deve ao fato das famílias terem sido educadas pelos modos de cuidados dispensados pela psiquiatria tradicional, ou seja, o da exclusão/internação do sujeito em sofrimento psíquico, privando assim a família do convívio e suporte a seu familiar que vivenciava um momento de sofrimento psíquico intenso. Com o novo paradigma sobre a saúde mental a participação da família é fundamental para a sustentação dos serviços substitutivos e para a inserção dos sujeitos em sofrimento psíquico na sociedade.

Por vezes, a família se sente sobrecarregada e impotente frente à lida com a loucura e os estigmas que a cercam, não sabe como lidar com a diferença que se faz presente em sua casa cotidianamente. A família sofre estigmas e tem dificuldade em sustentar relacionamentos sociais, pois, partes significativa dos olhares são direcionados para provocar discriminação e distanciamento. Portanto, é de fundamental importância a construção de laços afetivos e efetivos entre serviços de saúde mental e familiares de sujeitos em sofrimento psíquico para que o familiar possa encontrar suporte, orientação e escuta em seu modo de experienciar com a loucura, possibilitando caminhos para o respeito às diferenças.

Segundo Colvero, Ide e Rolin (2004) os familiares experienciam:

[...] a dificuldade para lidarem com as situações de crise vividas, com os conflitos familiares emergentes, com a culpa, com o pessimismo por não conseguir ver uma saída aos problemas enfrentados, pelo isolamento social a que ficam sujeitos, pelas dificuldades materiais da vida cotidiana, pelas complexidades do relacionamento com o doente mental, sua expectativa frustrada de cura, bem como, pelo desconhecimento da doença propriamente dita, para assinalarmos, algumas dentre tantas outras insatisfações (COLVERO; IDE; ROLIN, 2004, p. 198).

Segundo Melman (2002), as percepções a respeito da saúde ou da doença, compartilhadas por familiares, usuários de CAPS e profissionais sofrem influência de seu contexto cultural, religioso e econômico indicando a necessidade de que a particularidade da vida das famílias seja, também, considerada no tratamento. Desse modo, os profissionais dos serviços de saúde mental não podem desconsiderar no manejo de suas atividades diárias com os usuários a vivência singular dos familiares e dos usuários, construindo suas intervenções a partir dessas leituras.

O cotidiano nos CAPS visa construir estratégias para atender aos usuários, familiares e a sociedade em suas particularidades. Cada serviço a partir da realidade da localidade onde foi implantado cria os dispositivos necessários à atenção e corresponsabilização no cuidado ao público que se dirige. A prática no CAPS visa à criação e o fortalecimento de vínculos entre profissional-família-usuário-sociedade.

## **2.1 CAPS: apostas e desafios na prática de inserção social na saúde mental.**

*Tem mais presença em mim  
O que me falta.*

Manoel de Barros

O CAPS investe em práticas de integralidade que favorecem a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico à medida que seus profissionais apostam no empoderamento desses sujeitos através de atividades e relações desenvolvidas/construídas dentro e fora desse serviço.



Promover a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico se constitui em desafio para a saúde mental. A discussão sobre inserção social no campo da saúde mental é um processo amplo que necessita de investimentos contínuos. Essa proposta está voltada à sujeitos excluídos e estigmatizados por apresentar uma alteridade radical, motivo esse que por séculos o levou à reclusão, via isolamento para um suposto tratamento.

Investi no convívio desses sujeitos em sociedade possibilita a construção de um novo significado para a loucura e proporciona a tais sujeitos uma convivência não mortífera afetivamente, ao receber do outro o estatuto de sujeito de relação. Esse estatuto fortalece seu poder de contratualidade na sociedade, e será fator empoderador para novas construções subjetivas e sociais.

Todavia, para esse acontecer, considera-se que a inserção social no campo da saúde mental passe pela via da afetação e da cultura e, não apenas, pela via da assistência médica e farmacológica. A inserção social na atualidade exige uma postura ética de um coletivo que direta ou indiretamente lida no cotidiano de seus fazeres.

O investimento na contratualidade do usuário é uma via de invenção para a inserção social de usuários do serviço CAPS e está atrelada ao desejo do profissional em investir nessa ação. Corroborando com o exposto Kinochita (1996, p.56) afirma:

A contratualidade do usuário, primeiramente, vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se esses podem usar seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se.

A construção do poder de contratualidade, em uma parceria entre profissionais e usuários do CAPS, potencializa a autonomia dos sujeitos, usuários do serviço, os empoderando para as relações estabelecidas na sociedade. Assim, na saúde mental *a autonomia frequentemente é considerada o que mais de importante o processo de tratamento tem a produzir*, e não existe um profissional especialista na produção dessa intervenção, todos os membros da equipe podem ser levados a

trabalhar com essa ideia, sendo essa uma função coletiva (LEAL, 2001, p.70 apud ALVARENGA e DIMENSTEIN 2005, p. 56).

Nesse jogo de subjetividades que é o trabalho na saúde mental, é necessário que o CAPS reconheça e assuma uma função clínico-social, que não está dada, mas que precisa ser construída cotidianamente no suporte, abrigamento e acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico, principalmente quando em situações de intenso sofrimento, assim também, como o CAPS precisa acompanhar seus usuários em suas invenções, no sentido de tornar possível um laço social (ZENONI, 2000).

Na construção desse laço social, o CAPS não pode se constituir como um serviço normatizador, disciplinador, impondo ao sujeito em sofrimento psíquico que lhe acompanhe em todas suas regras, mas é a instituição que deve se fazer respeitada à medida que manifesta seu desejo de dar ao sujeito uma representação no universo simbólico, um posto no vínculo social que não seja via normatização e que considere a alteridade de cada sujeito em seu processo de sofrimento e inserção (ALKMIM, 2000).

Considera-se nesse fazer, que a expectativa dos profissionais que constituem o corpo técnico do CAPS e suas representações sociais, sobre sofrimento psíquico, podem se constituir como empoderadoras ou não de ações que visem oferecer esse trabalho singular e personalizado para cada sujeito a partir da complexidade de cada caso, em uma dada corresponsabilização que articule usuários do serviço, profissionais, familiares e sociedade.

No cotidiano do serviço é preciso que haja investimentos em uma *dimensão estratégica* voltada para afetação política, social, ética e clínica para se alcançar o processo de inserção social dos sujeitos que apresentam sofrimento psíquico na sociedade.

No momento atual de embates com a psiquiatria tradicional e com a ausência de investimentos de gestores na saúde mental, corre-se o risco da reforma psiquiátrica ficar no campo das reformas administrativas e, o mais grave, de não alcançar de forma efetiva o campo de uma clínica ampliada. Contudo, por ser a reforma psiquiátrica um processo contínuo, e afirmar-se um processo contínuo e complexo, é interessante pensar e investir na articulação de várias dimensões do saber-fazer na sociedade, no intuito de criar uma rede de agenciamento que

produza uma nova representação social para a loucura, produzindo assim uma mudança não apenas na atenção à saúde, mas essencialmente na estrutura social.

A ideia de articular os saberes e os fazeres por dimensões sociais, tem como sentido, produzir maior circulação de discussões possibilitadoras de nova representação social sobre a loucura. O movimento de reforma psiquiátrica tem investido nessas dimensões como meio de produção de significativos efeitos nas instituições de ensino, no âmbito jurídico, na cultura e na prática dos profissionais dos serviços substitutivos como meios possibilitadores de inserção social.

Desse modo, apresentam-se aqui algumas das dimensões que se interrelacionam, cruzando diversos campos e saberes, mas com uma única função: problematizar a loucura no contexto social, clínico, político e do conhecimento promovendo inserção social.

De acordo com Amarante (2001) as dimensões são:

- A *dimensão epistemológica* que coloca em pauta a discussão sobre questões teórico-conceitual incidindo diretamente nos centros de ensino e sobre a produção de conhecimento, construindo um novo saber / fazer com a loucura. A estratégia de colocar a doença entre parênteses e fazer emergir os sujeitos dessa história é uma marca epistêmica dessa dimensão.
- A *dimensão técnico-assistencial* traz a construção de um novo modelo de atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico e que intimamente está relacionada à dimensão epistemológica, pois diz do manejo dos profissionais na saúde mental, que por sua vez tem uma relação próxima com sua formação e ética. Tal dimensão produzirá efeitos no modo de relação estabelecida entre técnicos, usuários do serviço, familiares e comunidade. Essa dimensão visa a retirada dos sujeitos em sofrimento psíquico da opacidade via intervenção da equipe técnica-assistencial.
- A *dimensão jurídico-política* por sua vez aposta em uma revisão de toda legislação civil e penal, investindo na desconstrução de leis e normas sociais que representam obstáculos para a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico.

- A *dimensão sócio-cultural* aposta em invenções no campo da cultura que envolva a sociedade na discussão sobre a construção de uma nova representação social para a loucura nas malhas sociais.

Estas quatro dimensões articuladas por Amarante buscam promover a inserção social de sujeitos invisíveis e opacos socialmente, que tiveram por séculos como única opção de assistência ao seu sofrimento psíquico a reclusão, sendo alijados do processo de socialização.

Os serviços de saúde mental, centros de cultura e centros de ensino têm como responsabilidade investir nessas dimensões para a efetivação da concepção construída por cada uma delas, que se constitui em ação de desinstitucionalização fazendo emergir subjetividades nesse processo de assistência político-clínico-ético da saúde mental. Esse é um trabalho complexo que exige a construção de novas relações, novos saberes, novas práticas e novos direitos.

Diante desse novo contexto de mudanças de dispositivos e de práticas que se fundamentam, para além, de uma postura epistêmica, mas que exige também uma postura ética se faz necessário questionar os saberes e as práticas envolvidos nesse novo modelo de cuidado que estão presentes nos serviços substitutivos implantados na comunidade.

Sendo assim, quando, nos serviços substitutivos, não se coloca em prática os novos saberes e práticas exigidos no manejo cotidiano com a saúde mental, de certa forma, se está aberto ao risco da imersão de um processo de manicomialização nesses serviços, considerando que, quando novas ideias não circulam, se faz presentes as seculares.

Nesse sentido (MACHADO; LAVRADOR 2001, p. 46 apud ALVARENGA; DIMENISTEIN 2005, p. 60) destacam:

Nossa preocupação é de que essas ideias manicomiais ainda se façam presentes, algumas vezes, nos nossos serviços de Saúde Mental e se atualizem em práticas / discursos de exacerbada medicalização, de interpretações violentas, de posturas rígidas e despóticas.

Construir uma prática com o direcionamento da desinstitucionalização e da inserção social é uma tarefa complexa, que exige reflexão, invenção e

investimento cotidiano em cada ação e cada em sujeito, no serviço que é tomado como sustentador desse processo. O que exige dos profissionais do serviço de saúde mental, uma prática singular que está além de uma prática simplesmente terapêutica, mas que vai de encontro a uma prática que exige do profissional uma aposta no que está sendo feito e uma aposta na clínica ampliada. O profissional precisa acreditar e dar sentido à sua ação, se assim o fizer, acertadamente, terá aí no processo uma postura ética.

Saraceno (2001) coloca que no campo da saúde mental o tratamento não existe em si, para existir ele precisa de um sentido, que é construído por quem o inventa, tomando um contexto e inserido no cotidiano. Laurent (2000; p. 171) vai mais longe ao dizer que *o trabalhador em saúde mental não só tem um trabalho clínico, mas tem também uma militância*. Produzir no campo da saúde mental a inserção social é uma prática que requer invenção, sustentação dessa invenção e, sobretudo, a crença nessa invenção.

O processo de inserção social ainda precisa avançar muito na questão ética e, principalmente, no que diz respeito a investimentos sócio-culturais e na formação dos novos profissionais do campo da saúde mental que são co-responsáveis no processo de construção de olhares diferenciados sobre a loucura.

A inserção social se constitui então, no momento atual, em um desafio no processo da reforma psiquiátrica, por exigir pra sua efetivação a construção de novos saberes e fazeres com a loucura e suas singularidades. Saber-fazer esse, fundamentado em uma ética, aí se constitui o desafio para a transformação no campo social e da saúde mental. Pois, de acordo com Cavalcanti (1996, p. 74) apud Sidrim (2010, p. 131) [...] *a questão ética ultrapassa em muito o campo de atuação profissional, tornando-se ou refletindo, em última análise, uma atitude diante da vida e do ser humano [...]*. E falta nesse campo maiores posicionamentos éticos.

A inserção social é construída com preceitos éticos, mas também, por uma rede social articulada e preparada para ofertar sustentação, e ao mesmo tempo flexibilidade de movimento aos seus integrantes.

Rede social está sendo pensada aqui no sentido dado por Brusamarello (2011, p. 34).

As redes sociais são definidas como teias de relações que circundam o indivíduo e, desta forma, permitem que ocorra união, comutação,

troca e transformação. Ao integrá-la, existe a possibilidade de se organizar socialmente como uma estrutura descentralizada, em que todos podem, simultaneamente, ocupar diferentes e distintas posições, dependendo dos interesses e dos temas tratados.

Dessa forma, é importante refletir sobre essa questão, pois quando há habilidades insuficientes nas redes ou ausência de interesse em articular trabalhos interdisciplinares em redes, a prática de inserção social e de atenção integral fica comprometida e esvaziada de significado. Produzir significado e simbolizá-lo é importante nesse processo, pois possibilita a construção de ações que enriquecem a trajetória da saúde mental em sua aposta na inserção.

Uma rede bem articulada produz em seus integrantes a construção de autonomia, autoestima e potencializa a confiança em si e no outro, respeita as diferenças e possibilita o relacionamento em teia contribuindo para o circular do sujeito por diversas instituições, reconhecendo e fazendo valer seus quereres e não quereres, direitos e deveres.

O coletivo emerge aí como elemento capaz de favorecer um tipo de participação que, em vez de reforçar as marcas do individualismo crescente numa sociedade excludente, é capaz de reafirmar a possibilidade de todo sujeito, e qualquer sujeito, em algum momento, ser o primeiro a se enunciar: 'proto-agonizar'. O coletivo, como dispositivo de inclusão, torna-se, assim, um conceito especialmente caro, ainda mais quando se trata de falar de participação social daqueles que carregam a marca da segregação e da alienação em nossa sociedade (COSTA; PAULON, 2012, p. 57).

É em seu *'proto-agonizar'* que o sujeito se faz autor e ator de sua inserção social. Inserção que se faz permanente no cotidiano do cenário da saúde mental, em um processo pleno que coloca em jogo a autonomia, contratualidade, subjetividade e cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico. Momentos em que os profissionais da saúde mental inventam e apostam para serem suas ferramentas de trabalho, a construção de vínculo, o compromisso, a afetividade, a singularidade de suas práticas e a ética.

### 3.0 PERCURSO METODOLÓGICO.

*Então escrever é o modo de quem tem a palavra como isca: a palavra pescando o que não é palavra. Quando essa não palavra morde a isca, alguma coisa se escreve. Uma vez que se pescou a entrelinha, podia-se com alívio jogar a palavra fora. Mas aí cessa a analogia: a não palavra, ao morder a isca, incorporou-a. O que salva então é ler distraidamente.*

Clarice Lispector

Esse trabalho se configura em uma pesquisa qualitativa, assim, nessa pesquisa, a ênfase na seleção dos entrevistados não foi dada na representatividade numérica dos profissionais, mas sim nas possibilidades de aprofundamento, abrangência e compreensão da problematização que cada profissional entrevistado nos permitiu verificar, considerando para isso que uma 'amostra ideal' é *aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões* (MYNAIO, 2003, p. 43).

Desse modo, considera-se aqui que *a finalidade real da pesquisa qualitativa não é contar opiniões ou pessoas, mas ao contrário, explorar o espectro de opiniões, as diferentes representações sobre o assunto em questão*. Que uma vez levantadas, são sustentadas de modo livre e espontâneo pelo pesquisador, no intuito do aprofundamento do tema para melhor fluir o discurso e construir uma análise (GASKELL, 2008; p.68).

Assim,

Primeiro, o entrevistador não deve aceitar nada como se fosse pacífico. Segundo, ele deve sondar cuidadosamente mais detalhes do que aqueles que o entrevistado pode oferecer em uma primeira resposta à pergunta. Terceiro é através do acúmulo de informações conseguidas a partir de um conjunto de entrevistas que podemos chegar a compreender os mundos da vida de dentro de um grupo de entrevistados (GASKELL, 2008, p.72-73).

A escolha da abordagem qualitativa se deu também por se considerar mais pertinente para apreensão de alguns significados da realidade social já que o objeto desse estudo diz de uma questão social, ou seja, a inserção social de sujeitos

com sofrimento psíquico que são acompanhados por uma equipe de profissionais em um CAPS. Para tanto, consideramos que:

A pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições da situação, tal como as pessoas nos apresentam. Tem como pressuposto que o mundo está permeado por significados e símbolos e a intersubjetividade é um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais. (MYNAIO, 1998 apud LEÃO, 2006, p. 44).

Na apreensão dos significados do objeto que esteve em estudo, a categoria escolhida da pesquisa qualitativa foi o estudo de caso. Essa categoria de análise possibilita ao pesquisador, ao selecionar apenas uma instituição para realizar sua pesquisa, fazer uma análise total dos fatos, se aprofundando nos significantes que vão surgindo no decorrer do contato pesquisador-pesquisado.

### **3.1 A instituição pesquisada**

A instituição pesquisada é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Ana Nery, que recebeu esse nome em homenagem à enfermeira Ana Justina Ferreira Neri, nascida em Cachoeira e que durante a Guerra do Paraguai se destacou como voluntária, cuidando de soldados feridos nos campos de batalha.

A escolha do nome para o serviço foi ideia da primeira coordenadora do serviço no momento de sua implantação, que por ser enfermeira, resolveu homenagear a também enfermeira e cachoeirana, Ana Neri. O nome do CAPS 'Ana Nery', se escreve com a letra 'y', por uma questão de estética, escolha também da primeira coordenadora.

Esse CAPS funciona na modalidade I, com uma equipe mínima instituída pela portaria 336/02. Que estabelece em seu artigo primeiro:

[...] que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. (BRASIL, 2002, p. 1).

O CAPS I, de acordo com o quarto artigo dessa portaria, se caracteriza por ser um serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para



atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes - onde se insere Cachoeira, conforme sua população. O referido artigo apresenta os seguintes desdobramentos:

- a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;
- b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;
- d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- f - funcionar no período de 08:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana. (BRASIL, 2002, p. 2).

Quanto aos cuidados direcionados aos sujeitos portadores de transtorno mental, usuários do serviço CAPS I a portaria inclui as seguintes atividades:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias. (BRASIL, 2002, p. 2)

No que se refere à equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, a portaria institui:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
- b - 01 (um) enfermeiro;
- c - 03 (três) profissionais de nível superior atendendo às seguintes categorias: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
- d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002, p. 3).

Essa instituição de saúde mental se configura como um serviço aberto à comunidade correspondendo ao estabelecido pela Lei 10.216/2001. O CAPS em estudo está localizado na região central da cidade de Cachoeira e atende a população urbana e rural do município. Funcionando com a finalidade de prestar atendimento psicossocial às pessoas com transtornos mentais e a seus familiares, visando a inserção social, a construção de cidadania e melhora na qualidade de vida dos usuários do serviço.

O CAPS funciona em instalações inadequadas, em anexo à Secretaria de Infra Estrutura do Município, com escassez de espaço físico, de material e com uma equipe insuficiente para atender a dois serviços: CAPS e Ambulatório de Saúde Mental (ASM).

O ASM de Cachoeira funciona anexo ao CAPS, com a mesma equipe de profissionais se dividindo entre os dois serviços, atendendo a toda demanda de cuidados para com a saúde mental do município de Cachoeira e com outros municípios da pactuação do ambulatório, o que provoca sobrecarga aos profissionais. Atingindo, com isso a qualidade da assistência, a saúde dos profissionais e produzindo descontinuidade na assistência aos sujeitos em sofrimento psíquico e seus familiares.

Quanto à estrutura, esse CAPS possui uma recepção; uma sala de atendimento (que é de uso coletivo, para todos os profissionais – fazendo revezamento uso CAPS e Ambulatório); uma sala para grupo psicoterapêutico, terapêutico e oficinas (que também funciona como refeitório e local de descanso para os usuários após o almoço); uma sala de enfermagem, que também funciona como coordenação e farmácia. Um banheiro para funcionários e dois para usuários, que, na maior parte do tempo que durou essa pesquisa, um dos quais se encontrava sem condições para uso. O CAPS conta com uma cozinha razoavelmente ampla, no entanto, não produz a alimentação dos usuários, pois, essa vem de uma cozinha

coletiva que serve o lanche das escolas do município. O almoço chega em 'quentinhas'.

Compõem a equipe técnica de trabalhadores no CAPS, sete profissionais de nível superior: médica, psicóloga, assistente social, pedagoga, educadora física, enfermeira, coordenadora.

### **3.2 Normas éticas da pesquisa**

Ao propor, através desse estudo, um olhar sobre a inserção social de quem experienciou ou experiencia a loucura no cotidiano, considerou-se na realização da pesquisa, as normas éticas que envolvem estudos com seres humanos, regulamentadas pela resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em respeito aos princípios da beneficência, autonomia, não maleficência, justiça e equidade.

Dessa maneira, os sujeitos da pesquisa foram convidados a participar como voluntários, sendo-lhes fornecidas as informações pertinentes ao estudo e garantindo-lhes liberdade e autonomia para recusar o convite. De princípio os procedimentos que foram utilizados no decorrer da pesquisa não expuseram os participantes a riscos morais e nem a prejuízos legais.

No entanto, considerando o inciso V da resolução 196/96 que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que diz: *considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade* (BRASIL, 1996, p. 2).

Colocou-se a possibilidade da equipe que fez parte da pesquisa vir a questionar sua prática, o que pode ocasionar dúvidas, incômodos quanto a sua prática afetando assim o bem-estar dos sujeitos envolvidos diretamente e indiretamente na pesquisa. Contudo, ainda de acordo a resolução 196/96 em seu inciso V.1 que diz:

V.1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:

- a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;
  - b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;
  - c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.
- (BRASIL, 1996, p. 4).

Os benefícios aos quais se propõe essa pesquisa justificam os riscos acima colocados sob os quais os sujeitos da pesquisa foram submetidos, sendo esses benefícios: a possibilidade de problematização da prática de inserção social no campo da saúde mental, discussões de vivências cotidianas com o sujeito em sofrimento psíquico e a construção teórica sobre o tema pesquisado. Esses benefícios não estão restritos aos participantes da pesquisa e aos usuários do serviço pesquisado, mas também, à rede de saúde mental do município que de acesso a esse material, produzido como resultado final da pesquisa poderá pensar programas de intervenção no campo da saúde mental.

De acordo ao estabelecido com o inciso III da resolução 196/96, o retorno dos resultados da pesquisa se dará junto à equipe de entrevistados, com apresentação dos resultados, com problematização e discussão dos mesmos. A instituição pesquisada receberá uma cópia desse trabalho e também será agendada previamente uma data com as equipes, para a apresentação dos resultados.

O projeto que culminou na efetivação dessa pesquisa, foi avaliado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, sendo aprovado sobre número 211.027.

### **3.3 Os sujeitos da pesquisa**

Constituíram sujeitos da pesquisa os profissionais de nível superior que compõem a equipe de profissionais do CAPS Ana Nery e que acompanham no dia-a-dia do serviço sujeitos em sofrimento psíquico com passagem ou não por internações em instituições psiquiátricas e que fazem uso desse serviço aberto de saúde mental na comunidade.

O CAPS Ana Nery funciona com uma equipe composta por sete profissionais de nível superior para atender uma demanda elevada de sujeitos em

sofrimento psíquico no município. Saliente-se que esses profissionais atendem à demanda do CAPS e do ASM, que funcionam no mesmo espaço físico e com uma única equipe. Equipe essa, composta exclusivamente por mulheres, com faixa etária entre 30 e 50 anos.

Constituem a equipe multiprofissional com nível superior do CAPS Ana Nery e que participaram da pesquisa:

- Uma médica clínica com formação em saúde mental, com carga horária de 20hs semanais, que realiza atendimentos individuais aos pacientes do CAPS e do ASM.
- Uma assistente social com carga horária de 20hs. Realiza atendimento social, triagem, oficinas terapêuticas com os usuários e familiares do CAPS.
- Uma psicóloga com carga horária de 40hs, esse emprego foi seu primeiro contato com a saúde mental. Realiza atendimento individual, triagem, grupo psicoterapêutico e grupo com familiares.
- Uma coordenadora com formação em enfermagem e administração com carga horária de 40hs. O trabalho no CAPS foi seu primeiro contato com a saúde mental.
- Uma educadora física, com carga horária de 20hs. O ASM foi seu primeiro contato com a saúde mental. Realiza oficinas, triagem, e grupo com familiares.
- Uma enfermeira, com carga horária de 40hs, esse é seu primeiro contato com a saúde mental. Realiza oficinas, triagem e administra medicações.
- Uma pedagoga, com carga horária de 20hs, esse trabalho foi seu primeiro contato com a saúde mental. Realiza oficinas pedagógicas e triagem.

Esse serviço oferece uma especificidade, o ASM funcionando no mesmo espaço, não há nenhuma separação de espaço físico, nem de equipe. As mesmas dependências físicas do CAPS são usadas para atendimento ambulatorial, assim como, a mesma equipe oferece suporte aos dois serviços.

### 3.4 Coleta de dados

O levantamento dos dados se deu considerando em seu processo a observação participante, registro das impressões do campo em diário e entrevistas semiestruturadas individuais, com permissão expressa dos sujeitos para uso de aparelhos de áudio. Essa estratégia se justifica pelo fato desse modelo de entrevista oferecer a possibilidade de fazer emergir, nos discursos, informações de forma mais livre.

A observação participante possibilitou à pesquisadora, mediante contato e interação com os sujeitos da instituição pesquisada, pensar sobre o problema e a problemática da pesquisa, criar hipóteses e testá-las o que orientou a busca de categorias que construíssem uma melhor análise dos fatos e maior compreensão da proposta de estudo.

Este mesmo procedimento possibilitou também à entrevistadora *deixar o entrevistado à vontade e estabelecer uma relação de confiança e segurança*. (GASKELL, 2008; p.74). Do mesmo modo, a observação participante é um facilitador de análise entre o que diz o profissional entrevistado no momento da entrevista e como conduz sua prática no dia a dia do serviço.

Após a realização das entrevistas, foi iniciado o processo de transcrição das gravações. Esse trabalho foi realizado minuciosamente, de forma detalhada, considerando seu material verbal na íntegra.

Em seguida, tendo em mãos o material transcrito se iniciou a análise dos dados considerando-se para tal, o método da análise do discurso visando problematizar o campo efetivo de possibilidades que se apresentam para o sujeito com sofrimento psíquico em seu processo de inserção social na sociedade.

A coleta de dados consistiu na cobertura total da equipe técnica de nível superior instituída pela portaria MS 336/02, no inciso 4.1.2 que dispõe sobre os recursos humanos nos serviços substitutivos de saúde mental.

O CAPS Ana Nery funciona com a equipe instituída pela portaria 336/02, não sendo necessária a aplicação de nenhum outro método de seleção para a escolha dos entrevistados. Seguindo essa normatização do Ministério da Saúde foram realizadas sete entrevistas, total de profissionais de nível superior cadastrados no serviço.

Inicialmente (Maio de 2012), foi realizado contato com essa instituição de saúde mental a fim de comunicar a escolha desse serviço para a realização da pesquisa, assim como, para solicitar autorização da coordenação para a realização desse trabalho. Nesse momento, a equipe técnica estava presente no serviço e foi comunicada da presença da pesquisadora no CAPS por um tempo, e da realização dessa atividade de pesquisa. Os usuários foram sendo comunicados à medida que a pesquisa se construía nas atividades do serviço.

A aceitação da pesquisadora no CAPS aconteceu de modo agradável pela coordenação, técnicos e usuários. À medida que, o ingresso da pesquisadora se deu no serviço, iniciou-se a observação participante bem como os registros. No entanto, as entrevistas semidirigidas só foram iniciadas em Abril de 2013, após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

Durante o período de espera pela avaliação e liberação da pesquisa pelo CEP foram mantidas as visitas sistemáticas ao CAPS. Nesse ínterim, foi possível participar de várias atividades promovidas pelo CAPS, a exemplo de grupos terapêuticos, oficinas, projetos, reunião com familiares, festas e conversas com a equipe e usuários do serviço.

Foi possível também nesse período de pesquisa, promover em conjunto com a equipe e usuários algumas atividades no CAPS e no território a exemplo de interação com outro CAPS da região, com realização de atividades expressivas e corporais.

Em concordância com a equipe técnica e usuários do serviço, viabilizamos, durante a realização do Tirocínio docente na Disciplina Tópicos Especiais em Sociologia VII – Saúde e Sociedade: a reforma psiquiátrica no Brasil, a promoção de visitas aos CAPS com os alunos da turma para vivenciar o cotidiano do serviço e posterior organização de oficinas de acordo com as demandas apresentadas pelos usuários durante as visitas.

Quanto à realização das entrevistas, essas aconteceram de abril a julho de 2013, sempre agendadas com antecedência com o profissional encontrando, assim, melhor dia e horário dentro do serviço. Mesmo após se encerrarem as entrevistas o contato com o CAPS foi mantido. Sendo que o encerramento do contato será promovido com a apresentação final desse trabalho para a equipe e usuários do serviço em questão.

O contato com o CAPS durante todo período da pesquisa possibilitou o conhecimento da organização do serviço, o manejo dos profissionais na prática com a saúde mental que se faz cotidiana, as intervenções singularizadas com a loucura e seus manejos nos caminhos da inserção social dos experienciadores da loucura.

O início das entrevistas se deu a partir da disponibilidade dos profissionais, com isso não houve seleção de quem seria o primeiro. As entrevistas aconteceram de forma leve, com segurança e sem resistência. Possivelmente, essa facilitação nas entrevistas foi possibilitada pelo convívio no serviço com a equipe.

As entrevistas eram vistas como mais um momento de interação com a equipe, só que dessa vez com um direcionamento e gravada em aparelho de áudio. Foram horas de questionamento e problematização da prática voltados para a revisão da saúde mental no município, na região e no cenário nacional. Esses momentos foram de grande potencial construtor que aproximou ainda mais pesquisadora e sujeitos da pesquisa. Muitos profissionais foram tomados pela emoção ao discutir e levantar questionamentos que dizem de mais de um século de reclusão da loucura.

Os agendamentos das entrevistas não seguiram uma sequência preestabelecida, desse modo, não existia um tempo determinado entre a realização de uma e outra que poderiam durar de uma a duas semanas. As entrevistas ocorreram uma a cada dia, não sendo agendadas duas para o mesmo dia.

O tempo das entrevistas ficou com uma média de quarenta minutos cada. As entrevistas eram transcritas em sequência à sua realização. No entanto, houve uma revisão geral das transcrições após a realização de todas as entrevistas intuindo evitar a excessiva repetição de informações, polir o texto final sem lhe extrair a fidedignidade.

Após o fim das transcrições, iniciou-se o momento de análise do discurso dos entrevistados considerando as possibilidades de pensar então as categorias de análise.

### **3.5 Análise dos dados**

Para a realização da análise dos dados, foi considerado nesse trabalho a Análise do Discurso (AD) de tradição francesa, que tem como um de seus



fundadores Michel Pêcheux. Considerando para essa escolha o fato de que a AD se propõe a *atrelar uma perspectiva histórica ao estudo reflexivo dos textos* se articulando com pressupostos do *paradigma estruturalista, da Linguística, do Marxismo e da Psicanálise em torno da escritura* (MARTINS, 2008, p. 55).

A AD permite conhecer o significado tanto do que está explícito na mensagem quanto do que está implícito – não só o que se fala, mas também como se fala. Permite também identificar como se dá a interação entre os membros de uma organização: as manifestações de poder, a participação e o processo de negociação [...]. Para analisar o discurso é importante levar em consideração os aspectos verbais e os paraverbais – pausas, entonação, hesitação etc. – e os aspectos não verbais: os gestos, os olhares etc. (MARTINS, 2008, p.55).

O discurso pode expor os conflitos existentes em um dado contexto, considerando que os discursos são constituídos envoltos em ideologias que refletem traços culturais e históricos de um grupo social (MACEDO et al, 2008). Orlandi (2011) orienta para a necessidade da consideração no momento da “produção” e “interpretação” do funcionamento discursivo da rede de traços apresentados pelos sujeitos em seus ditos.

A escolha da AD como facilitadora no processo de significação das falas dos entrevistados se deu por considerar que:

A AD trabalha com o sentido e não com o conteúdo do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido; pode-se afirmar que o *corpus* da AD é constituído pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. A ideologia é entendida como o posicionamento do sujeito quando se filia a um discurso, sendo o processo de constituição do imaginário que está no inconsciente, ou seja, o sistema de ideias que constitui a representação; a história representa o contexto sócio histórico e a linguagem é a materialidade do texto gerando “pistas” do sentido que o sujeito pretende dar. Portanto, na AD a linguagem vai além do texto, trazendo sentidos pré-construídos que são ecos da memória do dizer. Entende-se como memória do dizer o interdiscurso, ou seja, a memória coletiva constituída socialmente; o sujeito tem a ilusão de ser dono do seu discurso e de ter controle sobre ele, porém não percebe estar dentro de um contínuo, porque todo o discurso já foi dito antes. (CAREGNATO; MUTTI, 2006, p. 2-3).

A AD possibilita então, a compreensão e apreensão das significações e fenômenos que um discurso apresenta, colaborando, desse modo, com a

construção de uma reflexão e discussão acerca da impregnação cultural que um sujeito apresenta em sua fala e em suas ações.

A realização da AD em material falado de pesquisa é uma tarefa que exige trabalho árduo do analista, pois, é necessária uma leitura exaustiva do material falado e transcrito nas entrevistas, atenção no momento do relato e registro das impressões, exploração do material falado para a apreensão das categorias e construção da interpretação dos ditos pelos sujeitos da pesquisa (MACEDO, 2008).

De acordo com Macedo (2008), para a realização da AD é necessária a identificação do contexto em que estão inseridos os sujeitos dos discursos e como são construídos esses discursos, para então no decorrer da análise profunda, apreender as categorias que emergem daí.

O processo da AD é exaustivo e exige uma leveza do pesquisador para perceber e se ater ao jogo de intersubjetividade, o modo como cada sujeito se apresenta durante a entrevista e como se apresentam em sua práxis. Nesse processo analítico, é imprescindível também considerar a heterogeneidade nos discursos, as falas interrompidas, os atos falhos produzidos e as correções de frases que dão um sentido ao discurso e que precisa ser apreendido na análise.

Durante a exposição dos resultados e discussão dos dados, os discursos dos profissionais pesquisados aparecem identificados pela letra 'P', que corresponde ao significante 'profissional', e seguindo de uma numeração variando entre um e sete, números correspondentes ao número de profissionais entrevistados. A numeração foi dada aleatoriamente a cada transcrição. A identificação do profissional pela sequência numérica só é feita pelo pesquisador.

#### 4.0 CONSTRUINDO CATEGORIAS DE ANÁLISE: UM OLHAR SOBRE A INSERÇÃO SOCIAL NO CAPS I ANA NERY.

Os dados, fruto da problematização da inserção social no CAPS pesquisado, mostraram a possibilidade de efetivar esse trabalho com a construção de cinco categorias de análise para articular os resultados encontrados, sendo as categorias: (1) Ser diferente: um olhar sobre o louco e a loucura; (2) A rede de atenção: tecendo a inserção social nas malhas da cidade?!; (3) Ações do CAPS: a equipe en(cena); (4) Família: afetos e desafetos e (5) A sociedade: o véu do preconceito.

Para a escolha das categorias, foi dada atenção na ênfase dos discursos dos trabalhadores desse serviço e no centramento de suas ações profissionais voltadas para o acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico nos cenários da vida cotidiana, investindo na construção de vínculo, ampliação das redes sociais, de autonomia, promoção de cidadania, contratualidade e inserção social.

##### 4.1 Ser diferente: um olhar sobre o louco e a loucura.

*Mas eis que a terça metade  
Aquele que é menos dose  
De matemática verdade  
Do que soco, tiro ou coice,  
Vai e vem como coisa  
De ou, de nem, ou de quase.  
Como se a gente tivesse  
Metades que não combinam,  
Três partes, destempestades,  
Três vezes ou vezes três,  
Como se quase, existindo,  
Só nos faltasse o talvez.*

Leminski

A vivência no campo de pesquisa, acompanhando familiares, usuários e principalmente os profissionais do CAPS Ana Nery, mostrou como a precariedade da assistência psiquiátrica tradicional, somada à episteme construída para justificar cientificamente o isolamento do louco, causou prejuízos ainda hoje perceptíveis e

inscritos socialmente. Essa marca, feita por estigmas diversos, dentre eles o da periculosidade, insensatez e incapacidades somadas a outros adjetivos pejorativos dirigidos aos loucos, são, ainda hoje, perceptíveis na representação social e nos discursos construídos e reproduzidos quando a figura do sujeito em sofrimento psíquico se faz presente no corpo social.

O sujeito considerado louco, mesmo nesse percurso da reforma psiquiátrica, ainda é visto socialmente com uma diferença que o impossibilita de se inserir em grupos e instituições sociais, pois, é considerado como estando fora dos padrões construídos e aceitos na sociedade que respondam a determinadas normas pré-estabelecidas. Fato esse, que está em consonância com a representação social dos seguintes profissionais:

*Quando a gente fala que uma pessoa está louca, geralmente ela está fora do contexto social. Está diferente do que as pessoas estão querendo que elas sejam. (P1)*

*O diferente é estranho, a gente exclui né. (P2)*

A sociedade espera que todos os sujeitos respondam prontamente às suas demandas, demandas que padronizam. Na sociedade, pequenas fugas podem ser toleradas, no entanto, representar uma alteridade radical, coloca esse sujeito em lugar marginalizado, engessado e impossibilitado de movimento. Para os sujeitos em sofrimento psíquico, estar diferente do que a sociedade está querendo que eles sejam constitui motivo suficiente para mantê-los fora do circuito social.

Os valores contidos nestas representações, dadas no discurso P1 e P2 dizem da discriminação da diferença, grande dificultador no processo de inserção social. Com isso, o movimento da luta antimanicomial investe na reinvenção da diferença enquanto positividade promotora de inserção social, o que constitui atualmente desafio nos serviços de saúde mental, considerando, que culturalmente a visão que se mantém sobre a loucura é a da leitura construída com base na psiquiátrica tradicional.

Corroborando com a ideia aqui discutida da discriminação da diferença, o discurso dos seguintes profissionais:

*Pessoas que estão com comportamento diferente. Um ser diferente. É diferente, é louco. Porque a sociedade vê como diferente. É complicado. (P4)*

*A pessoa começa a ter comportamentos anormais, fora do padrão. A loucura é o desligamento da realidade. (P5)*

Esse processo de estigmatização que rotula o sujeito em sofrimento psíquico que, via de regra, é visto como louco, envolve toda uma percepção de esvaziamento de normas, como exposto na representação social dos sujeitos da pesquisa P4 e P5. Os sujeitos considerados loucos estão, dessa forma, marcados por comportamentos que não condizem com o esperado socialmente e, portanto, destituídos de contratos sociais. Ser diferente de um grupo padrão, faz do diferente nesse contexto sociocultural estar submetido à exclusão, humilhação e constrangimentos diversos, conforme expõe Pelbart (1990; p. 133):

*Por louco entendo esse personagem social discriminado, excluído e recluso. Por loucura, que para facilitar chamarei aqui de desrazão, entendo uma dimensão essencial de nossa cultura: a estranheza, a ameaça, a alteridade radical, tudo aquilo que a civilização enxerga como o seu limite, o seu contrário, o seu outro, o seu além (Apud ALVARENGA e DIMENSEIN, 2005; p. 53).*

A convivência com o diferente se torna difícil, principalmente quando esse diferente foi recluso da sociedade, preso em uma instituição construída com uma única especificidade, esconder a loucura das malhas da cidade, escondê-la dos olhos, do contato, do cenário social. Desse modo, como nos afirma o discurso do profissional (P2), a inclusão se torna um desafio à medida que esse outro, que foi recluso, retorna no lugar de exótico e não como um sujeito que em sua alteridade radical possa construir vínculos que o possibilite uma entrada efetiva na sociedade.

*A comunidade ela aceita, como se fosse algo, é, diferente. Entendeu? Não como fazendo parte dessa sociedade. Não sei se você está entendendo o que estou dizendo... é isso, exótico! É assim, é esse olhar exótico, de diferente. Não é algo igual a mim, entende? (P2)*

Receber o louco no lugar de diferente é positivo para a construção de uma singularidade que invente na sociedade, caminhos diversos de circulação para a loucura, no entanto, fazer dessa diferença um fato simplesmente exótico, destituindo o sujeito em sofrimento psíquico de desejos, colocando-o no lugar de desmerecedor de valor, é manter esse sujeito renegado socialmente. Portanto, assim sendo, este será mantido sobre regras rígidas, vigiado, medicado e desacreditado. O discurso da seguinte profissional diz dessa representação social sobre a experiência com a loucura.

*[...] um momento de desequilíbrio mental, que a gente perde a noção, a razão. E de repente não dá tempo de pensar, no que é certo ou errado. E faz em um estalar de dedos, o que vem em mente, o que às vezes é errado. (P6)*

Colocar a loucura nesse lugar de imprevisibilidade, como nos retrata P6, é manter a loucura engessada na cultura psiquiátrica tradicional. Portanto, no curso atual da reforma psiquiátrica, se faz necessária a produção – no campo prático das ações realizadas nos serviços de saúde mental – de possibilidades de movimentos que tirem a loucura do lugar de desrazão. Essas ações podem acontecer mediante investimentos em intervenções que impulsionem os sujeitos em sofrimento psíquico a ocuparem o território, empreendendo novos lugares sociais para a loucura.

A construção dessas ações se dá também, pela ampliação dos cenários da vida cotidiana dos sujeitos em sofrimento psíquico, facilitada pela orientação para a invenção de novo olhar sobre as ações de inserção social no campo da cultura, da justiça, do cuidado e das redes sociais.

Vale ressaltar aqui, que uma das funções dos CAPS é a promoção desse novo olhar promotor de outra representação social sobre a loucura, no entanto, fica perceptível, à medida que a pesquisa avança, a falta desse olhar em alguns profissionais do CAPS Ana Nery.

Os entrevistados reconhecem que nesse momento de sustentação de uma prática inventada, da construção de uma nova representação social para a loucura, é necessário e urgente que os CAPS façam valer sua função desinstitucionalizadora e promotora de contratualidade no território com vistas à mediação de relações sociais.

Para esse feito, entretanto, é importante que os profissionais responsáveis por cumprir essa tarefa, também tenham suas representações sobre a loucura desconstruídas, para ceder lugar a outro olhar desinstitucionalizado e implicado nas estratégias de corresponsabilização social e de legitimação da loucura.

Os modos de perceber o louco e a loucura apontados pelos entrevistados, durante a pesquisa, fazem parte da representação social sobre a loucura inscrita no corpo social e se constitui em características específicas de afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico das relações sociais. Sendo, portanto, uma das prioridades na inserção do louco na sociedade um trabalho direcionado para a construção de outra representação social para a loucura, que desfaça os estigmas produzidos secularmente.

O estigma [...] ele é uma das barreiras tanto para a realização das trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade, quanto para a inserção no trabalho, visto que a periculosidade, a improdutividade e a incapacidade são estigmas, em torno de pessoas com transtornos mentais, fortemente presentes no imaginário social, marcado por uma cultura de exclusão e de intolerância (LEÃO e BARROS, 2011, P. 142).

Os discursos dos profissionais trazem a imagem do louco socialmente permeada de rejeição e estereótipo, por esses sujeitos, apresentarem uma alteridade que autores sociais e instituições não reconhecem como podendo fazer parte das relações e contratos firmados no campo social.

Nesse sentido, é percebido e consenso na equipe pesquisada, a necessidade de possibilitar ações que visem a ampliação do repertório comunicativo e expressivo desses sujeitos no território, como modos possíveis de desconstruir velhos e persistentes estigmas, cedendo lugar para a construção de novas e não engessadas formas de lidar com a loucura.

Percebemos a partir dessas representações sociais sobre o louco e a loucura, a forma como se dá a inscrição desse estigma nos sujeitos que sofrem psiquicamente, no contexto das relações sociais. Uma vez que a sociedade inscreve no corpo desses sujeitos o mito construído historicamente sobre a loucura, esses sujeitos ficam com poucas possibilidades de construção e manutenção de contratos sociais.

#### 4.2A rede de serviços: tecendo a inserção social nas malhas da cidade?!

*Trata-se, pois, de uma experiência, mas uma experiência que vai mudar a face da terra. A loucura, objeto de meus estudos, era até agora uma ilha perdida na oceanada razão; começo a suspeitar que é um continente.*

Machado de Assis.

Introduzir a idéia de Redes na Saúde Mental, tecendo fios que priorizem o vínculo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Assistência Social, Cultura, Educação, Lazer e Justiça se constituem em um desafio considerável e favorável à promoção da inserção social do louco no território.

De acordo com os entrevistados, na atual Política Pública de Saúde Mental o CAPS disponta enquanto gerenciador e articulador da organização dessa rede. Dessa forma, o CAPS deve oferecer facilidades na construção de vínculos, se fazendo presente e corresponsável nas ações direcionadas a uma maior e mais global assistência ao público que requer cuidados em Saúde Mental.

No entanto, os profissionais do CAPS Ana Nery, relatam dificuldades para a construção dessa articulação. Reconhecem a necessidade, mas, se sentem impotentes frente ao desafio que uma articulação de instituições impõe.

A construção de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que vise à articulação entre serviços de um dado território, implica que essa construção deva ser pensada como facilitadora de circulação de sujeitos e promotora de respostas às demandas daí emergentes. Uma rede que funcione tanto como empoderadora do sujeito, reconhecendo suas singularidades ao traçar as estratégias de atenção, mas também, como fortalecedoras de ações de proteção.

Vale ressaltar, nesse momento, que as instituições que compõem a RAPS realizam ações conjuntas. A exemplo, do CAPS que *não se desvincula de seus pacientes; quando os encaminha a outro serviço, para tratamento, mantém um acompanhamento até seu retorno, por meio das equipes encarregadas da atenção a tais pacientes* (GOLDERG, 1996; p.43).

Na equipe pesquisada é consenso que as Redes ainda se constituem em um processo em início de construção, que enfrentam diversas dificuldades e exigem



compromisso e comprometimento dos profissionais e da gestão. A equipe reconhece ainda, a urgência da construção da RAPS no território para fortalecimento das ações de inserção social.

No entanto, algumas categorias de trabalhadores não estão dispostas a sustentar a construção e articulação da RAPS. É o que se percebe nos discursos seguintes:

*A rede, eu digo para as meninas, que essa rede está furada, né?... assim, a gente não está em uma rede, assim, de estar encaminhando, de estar recebendo retorno. A gente nunca tem esse retorno. Dessa articulação que são poucas (P1).*

*Tem muita coisa que precisa ser feita. Precisa ainda ter muita sensibilidade para algumas questões. Precisa se ter muito comprometimento ainda, é, no lidar, no cuidado do sujeito. Que não é mais número de leito. Não é o paciente tal. É o usuário do serviço de saúde. E precisa se investir. (P5)*

Há também, o reconhecimento na equipe de que a articulação entre CAPS e a Atenção Básica é dificultada pelo preconceito que se tem em relação à loucura, preconceito esse que faz parte da representação social construída sobre a imagem do sujeito, em sofrimento psíquico. A equipe considera esse um desafio a ser superado para que a rede possa se construir efetivamente.

A equipe considera como meta importante para a efetivação da Rede, a SMS determinar, acompanhar e sustentar estratégia para a construção e manutenção do cuidado articulado no município.

No que diz respeito à Saúde Mental, sabemos que uma rede bem articulada com coordenação entre os serviços e garantias de continuidade de cuidados necessitam de integração em todos os âmbitos da saúde, incluídas as atenções primárias, secundárias e terciárias e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidados informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, seus familiares e as comunidades (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013, p. 39).

Ao considerar as especificidades da cidade de Cachoeira, poderíamos pensar que a construção dessa rede poderia ser facilitada, pois, Cachoeira se caracteriza como sendo uma cidade de pequeno porte, onde os serviços se localizam relativamente próximos uns aos outros quando não, no mesmo prédio. Os profissionais se identificam e se reconhecem por instituição, no entanto, não se articulam.

Então, nos questionamos sobre possíveis motivos da ausência de trocas de informações e de corresponsabilização na atenção aos sujeitos em sofrimento psíquico, e as possibilidades de respostas encontradas, nos levam à considerar a representação social sobre a loucura, como um dos fatores que influencia nas ações da gestão, dos trabalhadores das instituições e da comunidade.

Investimentos na articulação entre serviços facilitam a construção de uma visão mais comprometida dos profissionais sobre as questões apresentadas pelos sujeitos que procuram esses serviços. Facilita também, a entrada, escuta e acompanhamento desses sujeitos nos serviços articulados e os empoderam para reivindicar acompanhamento de qualidade em outros serviços.

Ponto esse que no discurso das profissionais se constituem como queixa, pois, as mesmas sentem dificuldades quando necessitam compartilhar com outros serviços, cuidados necessários aos sujeitos em sofrimento psíquico.

*Esse sempre foi um questionamento meu, uma cobrança, né? A gente tem que ter esse fluxo, né? A gente tem que ter essas referências e contra referências, né? Mas não existe. Na prática não existe. Paciente meu se for no hospital com dor de barriga, tem tudo para mandarem para cá. Se um paciente meu aqui, deixa eu ver, uma diarreia! Tem tudo pro clínico mandar para mim, para eu tratar a diarreia [...]. Então temos que tratar. Quando eu sei que esse paciente vai ter uma dificuldade de conseguir chegar no clínico e esse clínico dar a atenção devida. Eu sinceramente, que eu sei que é assim que funciona, eu trato. (P 6)*

*Mas acho que o CAPS é para atender a parte psíquica, agora a parte física é com quem? Uma maneira de incluir. Tem vez que*

*a própria equipe de trabalho ainda não tá aceitando, imagine a sociedade como todo? (P4)*

A ausência de uma rede articulada e disposta a sustentar o circular desses sujeitos produz no CAPS o lugar único de atenção a eles. É necessário que esses usuários do serviço de saúde mental sejam vistos e atendidos em suas singularidades, como também, nas especificidades de cada instituição que porventura venham a circular. Não é interessante, considerando os ideais da Reforma Psiquiátrica, que o CAPS se construa enquanto único *lócus* de circulação do sujeito em sofrimento psíquico.

É função dos trabalhadores do CAPS, dentro da política de saúde mental, o possibilitar dessa circulação acompanhada. Os profissionais desse serviço precisam assistir essa circulação, sendo facilitadores e empoderadores desse circular. Utilizando o território e a rede como espaços de cuidado, lazer, trabalho e educação, assim como, de empoderamento com caráter social.

Cachoeira investe lentamente nesse dispositivo articulador de redes, tendo em vista que o CAPS ainda está na posição de única instituição voltada aos cuidados psíquicos e, por vezes, generalista na ausência da articulação com outros serviços. Desse modo, corre-se o risco do CAPS tornar-se uma instituição meramente assistencialista.

A equipe de profissionais do CAPS Ana Nery não apresenta autonomia o suficiente para investir na construção de vínculos entre serviços, ficando em uma posição de espera de um movimento da equipe gestora. No aguardo que essa estratégia seja lançada e sustentada pela gestão e que os outros serviços se disponham a ceder à efetivação da Rede.

Confirma essa construção o discurso dos seguintes profissionais.

*Eu acho que ainda há um probleminha com a rede, em relação aos programas. O NASF, o CREAS, o CRAS eles não acredito que num venham muito assim, que se importem muito. (P3).*

*Acho que a conscientização, né? Que assim, além da capacitação. Que é, você vê também, que a gente manda para PSF (posto de saúde da família) que são/ tem quinze, treze, no*

*município. Eles acham que não tem obrigação de atender portador de transtorno mental. (P 4)*

*Eu acho que tudo começa pela conscientização, né? Do que é. A Atenção Básica que verbalizam mesmo de excluir a gente [...]. Então, acho que precisa conscientizar o que é a função do CAPS e até onde ele pode ir, entende? O que é que a gente pode dar conta sozinho. (P 2)*

A equipe sente a necessidade de articular suas ações com outros dispositivos de cuidado por meio da vinculação com outras equipes o que possivelmente resultará em maior resolutividade de suas ações, no entanto, falta um direcionamento, que em alguns casos, não diz de conhecimento teórico e prático, mas diz da ausência de desejo pela prática na saúde mental que recai diretamente na ausência de apostas em um invento cotidiano que a mesma exige.

A 'conscientização' que tanto foi elencada nos discursos dos profissionais pode ser lida também, como a necessidade de construção de um significado para essa ação, que de fato os profissionais que compõe a rede possam ver a efetividade dessa articulação. Além de conhecerem mais sobre a política de saúde mental e a nova trajetória que se traça cotidianamente sobre a loucura.

A 'conscientização' mostra também a necessidade da construção de outra representação social sobre o sofrimento psíquico, essa outra representação social seria de acordo com o discurso dos profissionais, facilitadora de laços sociais e de promoção da inserção social.

*Precisamos de cursos de qualificação, precisamos de projetos, mudanças de políticas públicas. Precisamos de um apoio maior da SESAB, de uma fiscalização maior, da DORES, da Promotoria. (P 5)*

Os CAPS estão no centro da organização da RAPS e é função desse dispositivo de saúde mental assumir esse compromisso, que é uma forma de responsabilização pela integralidade de práticas que possibilitem aos sujeitos em sofrimento psíquico estabelecer vínculos e ter acolhimento garantido, por qualquer

instituição que venha a circular. Todavia, a equipe do CAPS necessita de qualificação, construção de projetos coletivos, avaliações desses projetos, apoio da gestão e de outros serviços, como nos coloca o discurso do profissional anteriormente mencionado. No entanto, o CAPS também precisa assumir sua parte nessa corresponsabilização e não apenas passar ao outro uma responsabilidade que é sua, como nos afirma a circular conjunta 01/03.

Os CAPS dentro da atual política de saúde mental do Ministério da saúde, são considerados dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental. Eles devem ser territorializados, ou seja, devem estar circunscritos no espaço de convívio social (família, escola, trabalho, igreja, etc.) daqueles usuários que os freqüentam. Deve ser um serviço que resgate as potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, pois todos estes recursos devem ser incluídos nos cuidados em saúde mental. A inserção social pode se dar a partir do CAPS, mas sempre em direção à comunidade (BRASIL, 2003).

Os profissionais relatam suas dificuldades em fazer do CAPS Ana Nery o regulador da rede, e de estar próximo de outras instituições, pois, sentem que na maioria das vezes não são aceitos, sua presença é forçada e por vezes desvalorizada. Mesmo assim, o CAPS tem investido na aproximação e ensaio de ações conjuntas com os serviços de assistência social, embora, sem uma necessária continuidade, o que as torna apenas atividades pontuais.

*Não existe uma rede fechada. É que muda também, né? A equipe vai mudando, é a renda, o salário, às vezes não é um salário ou então você tem uma proposta melhor, as pessoas não pensam duas vezes. Então, às vezes a equipe vai mudando muito. Isso também dificulta, né? O contato, convívio da rede. (P 1)*

*Mas existe uma barreira muito grande em ter essa parceria. Que deveria ter e seria muito bom. Querendo ou não a gente é uma sociedade. (P7)*

O CAPS Ana Nery enfrenta o desafio de investir e sustentar a intersetorialidade. Assim, esse dispositivo enfrenta cotidianamente, a angústia dos profissionais ao lidarem com a insegurança nas relações trabalhistas impostas pelo modo de contratação da SMS, que culmina em demissões, reduções salariais e conseqüentemente em abandono de projetos que visam à construção de vínculos.

De acordo com Rosa (2005. p. 213):

Em muitos serviços, além dos vínculos precários de trabalho e dos baixos salários, há um baixo nível de recompensa simbólica, como o reconhecimento pelo trabalho realizado, que os profissionais esperam e muitas vezes não têm [...] não é rara a decepção e a fala indignada de profissionais que não se sentem reconhecidos.

Constitui, também queixa frequente dos profissionais que fizeram parte da pesquisa a dificuldade de diálogo com a gestão, os modos como são construídas as relações trabalhistas, a ausência de diálogo nas decisões que impactam diretamente na articulação da equipe e de suas ações. A falta de incentivo para a qualificação e a instabilidade no trabalho. Todos esses são fatores que engessam os trabalhadores para a construção de possibilidades que promovam a organização da saúde mental na Rede, a promoção de cidadania, construção de autonomia e inserção social.

#### **4.3 Ações do CAPS: a equipe en(cena).**

*De todos os homens que conheço, o mais sensato é meu alfaiate. Cada vez que vou a ele, toma novamente minhas medidas. Quanto aos outros, tomam a medida apenas uma vez e pensam que seu julgamento é sempre do meu tamanho.*

George Bernard Shaw

Pensar os processos de intervenções produzidos pelas equipes nos CAPS nos levam à refletir sobre as estratégias usadas nesses espaços e para além dele: sua função, a dimensão que procura atingir, seus parceiros e quais direcionamentos estão tomando. As práticas desenvolvidas no CAPS precisam estar conectadas com ações voltadas para a comunidade. Ações que possibilitem o emergir de autonomia no sujeito e seu circular na cidade.

As ações desenvolvidas nesse dispositivo de atenção psicossocial servem para colocar em análise os processos de trabalhos desenvolvidos no âmbito da saúde mental, que buscam orientar e efetivar práticas de inserção social.

Dada à especificidade do trabalho em saúde mental, a equipe do CAPS Ana Nery lança mão de algumas tecnologias importantes no manejo no CAPS com os usuários, com destaque para a inscrição de: (1) profissionais de referência, (2) grupos de orientação (saúde, sexualidade, direitos, medicação e redução de danos); (3) atendimentos individuais, (4) grupos terapêuticos (para usuários e familiares); (5) oficinas expressivas (desenho, pintura e música); (6) oficinas psicopedagógicas, (7) oficinas de artesanatos, (8) assembléias e (9) oficinas extramuros (expressão corporal, expressivo-comunicativas, livres, etc.).

A construção de ações plurais, em um mesmo serviço, serve ao contexto da inserção social na saúde mental ao favorecer a invenção de novos saberes e novas práticas voltados para o fortalecimento da contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal investida se dá através da produção de fazeres que incidam na construção de autonomia os empoderando, com isso, para investimento nas relações com a comunidade, ampliando de forma gradual e contínua o circular daqueles sujeitos na cidade.

Ressalte-se aqui, que o CAPS Ana Nery como apresentado acima, via discurso dos profissionais e observação participante no campo de pesquisa, oferta uma gama de atividades, contudo, fica também perceptível que nem todas as ações buscam a inserção social dos usuários do serviço.

Notou-se, no decorrer da pesquisa, uma dualidade de práticas acontecendo ao mesmo tempo no serviço, pois, algumas atividades desenvolvidas estão voltadas para a inserção social de seus participantes, enquanto outras ainda são condizentes com a manutenção de uma prática tradicional de cuidados. Segundo os entrevistados, em muitos casos a organização do serviço não possibilita uma prática diferente, fazendo com que os profissionais acabem reproduzindo velhos hábitos que não condizem com uma prática em CAPS direcionada à inserção social e de acordo ao paradigma da reforma psiquiátrica.

*Na prática eu uso medicação. Eu não consigo fazer algo além do ambulatório porque a demanda é muito grande. As necessidades são muito grandes dos pacientes. A gente não*

*consegue suprir essas demandas todas. Então, eu não consigo sair desse ambiente ambulatorial. Em tese eu sou uma profissional do CAPS, mas na prática eu não consigo fazer CAPS. Eu faço ambulatório mesmo né? (P6)*

*As atividades de rua, extramuros para mim são as maiores e as mais gostosas... então, eu busco fazer tudo que tem do lado de fora sim. E incluí-los na sociedade. Eles precisam se sentir capazes, gente, fortalecidos e tudo que a gente é convidado, tudo que tem em mural, em propaganda eu estou lá. Mesmo que quem nos atenda não esteja gostando da companhia. Que às vezes a gente encontra bico, caretas, não entende. (P5)*

Verifica-se no discurso do profissional P6 a confirmação ainda de uma prática tradicional. Justifica esse profissional que isso se deve à demanda excessiva ambulatorial. Demanda essa, que aparece no discurso de todos os profissionais entrevistados como uma das impossibilidades da equipe efetivar uma prática que priorize essencialmente o CAPS. O ASM, então, aparece como grande sufocador de uma organização que vise o CAPS como prioridade das ações.

No entanto, em meio às demandas ambulatoriais percebe-se a emergência de práticas como a relatada pelo profissional P5, que coloca a importância das atividades extramuros como fomentadoras de autonomia e inserção social. Essas atividades extramuros, enquanto atividades propostas pelo serviço e estratégias de inserção social são oferecidas apenas por uma profissional. As demais profissionais usam do território para a promoção de atividades expressivas e comunitárias sem regularidade. Porém, mesmo sem a construção diretiva da inserção social nestas ações, elas se constituem como estratégias promotoras de novos lugares sociais e de inserção social do sujeito em sofrimento psíquico no campo social e da cultura, ampliando de certo modo, a operacionalização do CAPS.

A maior parte das práticas exercidas no serviço não tem um direcionamento para o coletivo, ou seja, para a inserção social e a invenção de outra representação social sobre a loucura. O que existem são atividades promovidas pela equipe conjuntamente, que mesmo sem a pretensão da inserção social, promovem um circular no território e estabelecimento de relações diversas com públicos



diversos, a exemplo de participação em eventos em datas comemorativas na cidade, participação em eventos outros, via convites de instituições e projetos construídos pela equipe que acontecem anualmente extramuros e que envolvem toda a equipe e, por vezes, possibilitam pontualmente articulações com outros serviços. Como relata os seguintes profissionais.

*A gente fez ano passado, um projeto recreativo. Não lembro o nome agora. Foi o pessoal do CAPS de Cachoeira com o pessoal do CAPS de Conceição de Feira. Acontecia uma semana aqui uma semana lá. Fez uma disputa, né? De esportes, a gente elaborou várias tarefas relacionadas a esporte. (P 1)*

*Sempre que a gente pode, vamos à exposição no museu, alguma palestra na UFRB, que a gente tem aqui como parceira muito forte, né? São Félix as vezes chama a gente para algumas atividades. (P2)*

*Tem a quadrilha no São João e os projetos de extensão da UFRB. (P7)*

A articulação das ações do CAPS, com recursos do território são iniciativas importantes realizadas pelos profissionais. Pois, usar como estratégia de circulação no campo social as opções que a comunidade oferece, é um modo de presentificar o CAPS e a saúde mental nesses eventos e na comunidade. No entanto, essas ações devem visar à produção de novas possibilidades de trocas de afeto, investimentos em autonomia e o exercício da cidadania.

Manejar essas situações, vendo nelas modos de invenção de intervenções no território é uma forma de redimensionar as relações da comunidade com a loucura, direcionando a sociedade para a construção de outra representação sobre o fenômeno da loucura.

As atividades desenvolvidas no CAPS, dentro de seus muros, também são importantes, pois podem favorecer o empoderamento desses sujeitos para o enfretamento da sociedade, promovem sociabilidade, autonomia e vivências

diversas produtoras de subjetividade. Cada atividade desenvolvida cria uma trajetória e uma finalidade, como apresenta os profissionais P1 e P2. Vale ressaltar então, a importância das atividades realizadas entre muros do CAPS, mas sem deixar de pontuar que a inserção social valoriza as atividades que são direcionadas ao território, ou seja, as extramuros.

*Geralmente eu trabalho mais o lado do Direito. Procurando sempre estabelecer o direito, o convívio, a sociedade, o preconceito, a cidadania, os direitos deles. (P1)*

*Faço os grupos terapêuticos. Faço também atendimento individual com alguns usuários daqui. Reunião de família e assembléia de usuários. (P2)*

Os discursos das entrevistadas P1 e P2 acima trazem o relato de atividades realizadas dentro do CAPS que funcionam como dispositivos coletivos potencializadores, tanto no reconhecimento de direitos dos usuários quanto de deveres, e de sua posição na sociedade. As assembléias em CAPS se constituem dispositivos potentes de protagonismo dos usuários, no entanto, se deve ficar atento às diversidades de contornos metodológicos que cada serviço de saúde mental oportuniza para esse dispositivo, ou seja, qual voz se escuta aí.

Os profissionais separam as atividades realizadas em promotoras de inserção social e atividades que buscam outros objetivos, mas que indiretamente podemos considerá-las fortalecedoras de inserção social, pois, são práticas que possibilitam o empoderamento e o protagonismo dos usuários. Para Vasconcelos (2008) apud Soalheiro (2012) o empoderamento se constitui em *um conjunto de estratégias de fortalecimento do poder, da autonomia e da auto-organização dos usuários e familiares de serviços públicos nos planos pessoal, interpessoal, grupal, institucional e na sociedade em geral.*

*Eu fico com as oficinas relacionadas à higiene, artes, saúde, autoestima, uso da medicação. Existem agora assim, as oficinas que acontecem fora, para eles terem convívio com a sociedade. Por que o CAPS não é só para eles ficarem aqui o*

*dia todo. Eles também têm que ter convívio, conhecer os lugares daqui de Cachoeira, a história da cidade, os ambientes, os museus, as escolas. (P3)*

No entanto, se por um lado, encontramos profissionais que investem nas oficinas como promotoras de potencialidades e contratualidades, espaços para compartilhamento de experiências, de construção de vínculos, expressão de afetos e subjetividade, por outro lado, encontramos profissionais que consideram as oficinas apenas como atividades para “ocupar a mente” dos usuários.

Durante a pesquisa, ficou evidente o fato de não haver nesse CAPS um Projeto Técnico Institucional (PTI) que direcionassem os profissionais na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos usuários do serviço. Embora, o PTS seja uma das tecnologias de empoderamento usada nos CAPS, o manejo dessa tecnologia não se constitui prioridade na equipe do CAPS Ana Nery.

Os sujeitos são inseridos nas atividades do CAPS, a proporção que frequentam o serviço e acompanham as atividades que vão acontecendo no dia a dia. Cada profissional fica responsável por manejar a oficina em um determinado dia da semana.

Não aparece nos discursos dos profissionais nenhuma menção às reuniões de equipe, seja para discussões de casos, seja para supervisão clínica institucional, assim como, não aparece o matriciamento na Rede. Essas são tecnologias também importantes e necessárias para a promoção de manejos e intervenções em CAPS que impliquem em estratégias de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico.

Questão que também chama atenção é o fato da saúde mental, em Cachoeira, não contar com a iniciativa de geração de renda e trabalho (cooperativismo social), associações de usuários e familiares, centros de convivência e ações pactuadas com outras instituições direcionadas para a desconstrução do mito e da injustiça social que envolve a loucura.

Mesmo na ausência dessas práticas, é presente entre as profissionais da equipe do CAPS Ana Nery a reflexão sobre a potência do CAPS em promover a inserção social e sua função desinstitucionalizadora, se tornando comum durante o percurso da pesquisa essa problematização. Como nos salienta a seguinte profissional.

*Estamos mesmo trabalhando de modo a desinstitucionalizar, ou estamos institucionalizando? Olha o nível de dependência dessas pessoas ao CAPS! Quando vamos entrar em recesso, você precisa ver o desespero deles, é como se só tivesse ao CAPS. (P2)*

Essa é uma problematização bastante presente, no campo da saúde mental. Asseguradamente, a desinstitucionalização é um desafio que os CAPS devem sustentar cotidianamente, fazendo uso de estratégias diversas para promovê-la e evitando reproduzir o modelo da institucionalização há muito combatida pela Luta Antimanicomial. Contudo, para enfrentar esse desafio, o CAPS necessita de apoio de instituições outras comprometidas com a causa antimanicomial.

*É tudo muito complicado. É tudo muito complicado. A sociedade quer inserir? E sempre há o preconceito. Como o CAPS sozinho vai conseguir?. (P7)*

*Até que ponto a gente tem conseguido inserir eles na sociedade? Até que ponto a gente está conseguindo quebrar esse paradigma da exclusão ou esse olhar que é o diferente né? Que tem. Até que ponto a gente não cria uma relação de dependência com eles. (P2)*

Fica presente então, nos discursos dos profissionais do CAPS Ana Nery as problematizações referentes ao modo como a comunidade lida nas mínimas possibilidades de relação com os sujeitos em sofrimento psíquico, e que são acompanhados no serviço de saúde mental. Esses questionamentos são importantes, principalmente, quando circulam na equipe para que possa surgir daí a construção/invenção de tecnologias que movimente a equipe como potencializadora de ações inovadoras e que possibilite discussões no território que favoreçam a vivência com a loucura sem que essa experiência seja de mortificação, nem para o sujeito nem para a comunidade.

*A gente tenta o máximo fazer a inscrição deles na sociedade. Mas, ainda há um bloqueio das pessoas né? As pessoas às vezes tem um certo, as pessoas as vezes tem um , eu estou falando um bloqueio, um receio dessas pessoas. A gente faz passeios, faz oficinas na rua para ver se as pessoas vêm o comportamento deles. Que eles não são agressivos. (P3)*

Além das reflexões presentes na equipe, sobre sua função potencializadora de ações, de desinstitucionalização e de estratégias – em adentrar a comunidade considerando o preconceito que aí existe em relação ao louco – os profissionais conseguem elaborar possibilidades de quebrar essas barreiras e presentificar o louco na sociedade, de modo, a construir vínculos em pequenas ações que favoreçam a construção de outra representação na comunidade sobre a loucura.

As atividades extramuros realizadas pelo CAPS Ana Nery, a exemplo, das visitas ao centro histórico de Cachoeira, museus, universidade, jardins, praças públicas, atividades esportivas em espaços de uso coletivo, festas populares e abertas são facilitadoras do encontro da população com a loucura que de modos possíveis, servem como incentivadoras da convivência da comunidade com o fenômeno da loucura.

*Eu acho que tudo começa pela conscientização [...] Começa pela conscientização de ocupar espaços [...] é um trabalho de formiguinha. E me questiono o tempo todo, a gente está conseguindo fazer essa inclusão? (P2)*

*A gente vai tentar fazer parcerias e um trabalho também que envolva inclusão social com toda equipe e outros CAPS, outras entidades, né? (P 4)*

São pertinentes as problematizações e as apostas dos profissionais em ocupar espaços, realizar ações de conscientização e visar parcerias com instituições outras. De fato, a potencialidade do CAPS está na pluralidade de atividades

ofertadas, na sustentação dessas atividades no cotidiano e no direito dos usuários realizarem suas escolhas, construindo seu plano de atividade através de seu PTS, essa tecnologia de trabalho na saúde mental oferece a flexibilidade necessária para se investir em desejos e em um espaço-tempo singular para cada sujeito no serviço e no território.

O tratamento desses pacientes requer um projeto individualizado que não perca de vista a noção de conjunto, devendo demonstrar-se atento ao tempo de cada um, com perspectivas de possibilitar ao longo do processo o aumento de seu coeficiente de autonomia, de escolha (GOLDBERG, 1996; p. 39).

No cotidiano do serviço, o acolhimento oferecido aos usuários do jeito como eles se apresentam, ou seja, em suas particularidades, se constitui ação importante para ser realizada pelos profissionais, por garantir assim, respeito às suas particularidades dos usuários no momento da realização de seu contrato social com o serviço. Contrato esse, representado pela construção de seu PTS, esse *contrato com o paciente vai modificar-se à medida que for necessário* (GOLDBERG, 1996; P.41).

Embora tenha sido exposta a diversidade de atividades ofertadas no serviço, é importante salientar que apesar do investimento para a elaboração dessas atividades nem sempre a equipe consegue sustentá-las em seu cotidiano. Afinal, diversos fatos interferem no funcionamento das atividades e da equipe, que vai desde a ausência de espaços para sua realização, de material, de suporte, do tempo - que às vezes é tomado pelo ambulatório - até pelo desejo do profissional em sua manutenção/sustentação.

*A gente trabalha em um serviço, vê a demanda que é grande, vê as condições, às vezes precárias, né? [...] às vezes as pessoas vão em busca de atenção, ouvidos, elas não estão doentes [...] para isso precisa de mais tempo, precisa de uma remuneração maior. Você não pode trabalhar só em um lugar se você ganha pouco. (P5)*

*O ambulatório é muito colado, acho que se confundem os papéis, porque é muito próximo, né?(P2)*

*O ambulatório deveria estar desvinculado de CAPS. Eu não concordo que tenha que ser tudo junto. Pelo menos os acessos fossem diferentes. Que a equipe fosse ampliada sabe? Que isso fosse dividido de uma forma que ninguém ficasse aquém, precisando, né? (P5)*

O ASM é visto pelas profissionais e apresentado em seus discursos como um dos empecilhos para a realização de maiores investimentos nas atividades no CAPS, pois, estão sempre sendo direcionadas para as demandas vindas do ambulatório.

As profissionais enfrentam problemas diversos na lida com as tecnologias fomentadoras do processo de trabalho no CAPS. São constantes as queixas sobre o espaço físico por profissionais e usuários. A precariedade do serviço e a ausência constante de materiais somada à necessidade dos profissionais dividirem seu tempo entre dois serviços se constituem, situações desestimuladoras e geram sobrecarga afetando com isso o desempenho dos profissionais.

#### **4.4 Família: afetos e desafetos**

*Quando entrei nesse movimento, o que me motivava chamava-se André Luiz, meu filho. Hoje chama-se também Raimundo, Léo, Marcelo, Emília, Beth, Marcão, Lourival, Imaculada, Jurandir, Márcio, Maria, Conceição e tantos outros que nem ao menos conheço, todos eles cidadãos do mundo, que vivem em minha alma e meu coração e que me transmitem essa energia de que tanto necessito e que dá sentido à minha perplexidade e à minha indignação.*

Geraldo Peixoto, familiar, membro do MNLA.

A saúde mental é um campo complexo que em sua dinâmica visa a construção de outra representação social para a loucura, e que exige estratégias diversas de empoderamento de usuários e familiares para a invenção de significações para os desafios enfrentados subjetivamente e politicamente em sua trajetória.

Participam ativamente dessa dinâmica, em conjunto com os usuários e familiares, os profissionais dos CAPS que precisam assumir em suas estratégias de trabalho com os familiares uma posição facilitadora para a emergência da experiência subjetiva em detrimento de uma posição de autoridade e padronização de metas. (SOALHEIRO, 2012).

Os trabalhos realizados nos serviços de saúde mental precisam considerar o misto de sentimentos que envolvem a relação com o sujeito em sofrimento psíquico, bem como, as relações aí estabelecidas, seu jogo singular e coletivo e as formas de expressão desses sentimentos.

A vivência em CAPS possibilita a percepção dos sentimentos de familiares que vivenciam diuturnamente o estar lado a lado com a loucura. Nesses familiares a angústia, desesperança, sobrecarga, desamores e amores são presentes o tempo todo, sendo assim, o processo de inserção social deve ser construído por pacientes, equipe, famílias e comunidade, em uma cooparticipação coletiva.

A equipe do CAPS Ana Nery reconhece a necessidade do apoio dos familiares como sendo de fundamental importância na atenção e inserção dos usuários do CAPS na sociedade. No entanto, a equipe precisa dialogar mais com esses familiares, pois, é imprescindível que a família entenda o processo da reforma psiquiátrica e encontre no CAPS o apoio necessário para significar essa nova experiência com seu familiar em momentos de sofrimento psíquico intenso, se corresponsabilizando com o CAPS por esse cuidado intensivo. Pois, *o CAPS será uma referência para o paciente e sua família* (GOLDBERG, 1996, p.43).

Para tanto, percebe-se em Cachoeira a ausência de investimentos na construção de vínculos com familiares que objetive um trabalho de corresponsabilização; é visível, no entanto, nos discursos e atos um trabalho de responsabilização que no campo da saúde mental não traz efeitos tão positivos quantos os de corresponsabilização.



*São poucos os familiares que estão presentes aqui quando a gente solicita. Geralmente a gente tem que ir em busca porque não vem. Muito difícil. (P1)*

*[...] a família é ausente aqui. Ela não participa. Muitos não querem cuidar, ter a responsabilidade de cuidar daquele paciente que precisa, né? (P2).*

O familiar para somar nas estratégias da saúde mental, construídas pelo CAPS, precisa antes conhecer esse serviço e entender que a lógica de cuidado na atualidade é outra. O familiar precisa perceber que esse serviço surge com uma ideia nova e oposta a dos hospitais psiquiátricos. Entretanto, os profissionais precisam compreender também, que faz parte de suas responsabilidades trabalharem essas questões com os familiares. Nesse processo, os familiares e os profissionais vão entender que não se trata de um jogo de responsabilidades, mas sim, de corresponsabilidades.

*[...] alguns familiares não aceitam a reforma psiquiátrica. Acha que o governo montou o CAPS para não ter despesas com o manicômio. (P4).*

*Quando chega na reunião de família, cadê a família, não está aqui. (P7).*

Dessa forma, podemos constatar a pouca participação dos familiares nos projetos terapêuticos de usuários no CAPS Ana Nery, assim como, a ausência desses familiares no serviço em momentos coletivos e individuais para compartilhamento de experiências, informações e acompanhamento corresponsabilizado de diversas situações que acontecem no cotidiano.

Para a construção de ações conjuntas, se faz necessário investimento da equipe CAPS em trabalhos com familiares usando múltiplas abordagens, construindo representações não estereotipadas, menos fechadas e estigmatizantes sobre a loucura. Sensibilizando e mobilizando assim, os familiares para o

acompanhamento das mais variadas invenções e produções de projetos de vida, no CAPS e no território.

Nesse CAPS, as profissionais se vêem diante do desafio de entrelaçar saberes com os familiares construindo sentido para as experiências com a saúde mental e possibilitando, a partir daí, investimentos na formação de vínculo.

*Eu acho que quando a família aceita, a sociedade começa a enxergar o paciente com outros olhos. Por que é um conjunto, a família tem que estar sempre presente e apoiando. (P1)*

*O familiar percebe geralmente como uma pessoa incapaz. Eu tento orientar a família sobre o que é um transtorno, que nem todos os transtornos são iguais, né? Cada paciente é único em seu problema. Tem suas necessidades gerais e peculiares. Tento, mesmo não podendo, sair muito do ambulatório, fazer essa conscientização. Chamar a família, né? Fazer com que ela participe, né? Desse processo todo: de doença, de tratamento, de reabilitação. (P6)*

É necessário que se construa com o familiar outra representação social no manejo com a loucura, apostando assim na emancipação dos. Cabe também aos profissionais da equipe reconhecer a importância do familiar no processo da reforma psiquiátrica, empoderar esses familiares e trazê-los para próximo do CAPS.

De acordo com os profissionais, é importante o olhar dos familiares sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, pois, quando o olhar é de empoderamento, facilita o enfrentamento das adversidades sociais vivenciadas cotidianamente pelos sujeitos em sofrimento psíquico.

*Por que eu acho assim, que para dar certo o tratamento o paciente tem que entender, a família tem que entender o que está acontecendo. (P6)*

A equipe pesquisada ainda está adormecida quanto à corresponsabilização com os familiares na assistência à saúde mental, as ações são realizadas pela equipe com pouca participação dos familiares, sendo que em vários momentos o familiar é responsabilizado tanto pelo sofrimento do sujeito, quanto pelo cuidado. No entanto, vale frisar aqui, que esse familiar por vezes não sabe lidar com o sofrimento psíquico, pois sobre ele é gerada uma sobrecarga e um enlaçar de sentimentos que vão do amor ao desamor e que necessita de um espaço de escuta no serviço de saúde mental.

O familiar ainda se vê sozinho e inseguro sobre como agir, em momentos difíceis como os de 'crise', a equipe sente dificuldade em desenvolver manejos e suportes aos familiares nesses casos e ao sujeito em sofrimento psíquico intenso. Lidar com a crise é um dos desafios presentes e enfrentados pelos CAPS na atualidade.

*Momentos de crise? Se a médica estiver no dia, for um dia de plantão dela, ela faz esse atendimento. E a gente encaminha para o Hospital. Geralmente as crises, quando eles dão crises, estão na rua, então geralmente o familiar vem aqui, conversa com a gente. A gente solicita uma ambulância na Secretaria de Saúde, às vezes precisa de apoio da Polícia Militar, e o paciente é encaminhado para o Hospital Juliano Moreira. (P2)*

É importante colocar que a equipe não é preparada para lidar com as situações de crise dos pacientes, assim como os familiares. Ao ser contratados para compor a equipe CAPS, nenhuma profissional recebeu da gestão treinamento e/ou qualificação para atuar. No entanto, por desejo próprio, alguns buscam qualificação em Instituições diversas, por vezes arcando com os custos financeiros. E investem do jeito que podem e imaginam, em possibilidades de construção de vínculo e reconhecem no familiar um grande apoiador na emergência da construção de outro caminho para a loucura na sociedade.

*A reunião de família. Conseguimos o contato com a família também através da sala de espera, através dos dias de*

*atendimento com o psiquiatra, por que eles geralmente levam para dizer como é que está o paciente. (P5).*

*Então assim é meio complicado família. Sempre nas reuniões, a gente tenta chegar à família, mas assim, é uma coisa bem complicada mesmo. Que assim, a gente estava até pensando nesse ano de 2014 a gente fazer um projeto, para conseguir chegar a família até a gente. (P7)*

A partir do que foi colocado pelas profissionais, fica a percepção que a equipe sabe, cada um à sua maneira, da importância de ter os familiares vinculados ao serviço, no entanto, as iniciativas não estão sendo suficientes para fazer do familiar um parceiro. A coletividade que se pretende construir (equipe, familiar e comunidade) representa a construção de um modo de trabalho ainda tímido no serviço e com investimentos mínimos.

A ideia da profissional P7 de organizar um projeto coletivo para investimento em vínculo com os familiares, pode se constituir em uma iniciativa de protagonismo e empoderamento desses familiares, com resultados fortalecedores de iniciativas de inserção social e de novas representações sobre a loucura no imaginário desses familiares.

Outra atividade fortalecedora de vínculo realizada pela equipe são as ações de visitas domiciliares. A equipe sinaliza bons resultados com essa iniciativa, pois, possibilita a construção de vínculos com familiares e usuários que têm dificuldade ou resistência em frequentar o serviço. No entanto, a manutenção dessa atividade é dificultada pela ausência de transporte no serviço para sua realização.

Nesse encontro com o território nas visitas domiciliares, a equipe conta com a contrapartida dos Agentes Comunitários de Saúde, que aparecem como reforço fundamental no fortalecimento da atenção em território e na construção de vínculo em suas teias de relação.

#### **4.5 A sociedade: o véu do preconceito**

*[...] cansado de falar de manicômio, por que isso já era. Eu quero é poder ir à padaria, jogar um dominó na esquina, andar pela cidade. Enfim, ter uma vida comum, em liberdade. Acho que ainda temos muito que lutar, mas temos muito que comemorar também, porque é a primeira vez na história da humanidade em que os loucos têm a oportunidade de se organizar politicamente.*

Eduardo, usuário do serviço de Saúde Mental da Bahia, militante do MNLA.

No CAPS em que foi realizado esse trabalho de pesquisa, as profissionais demonstraram uma visão preocupante e problematizadora sobre a efetivação da função desse serviço de saúde mental, se questionando sobre o quanto esse serviço está orientado pelo modelo psicossocial de atenção ao 'usuário-centrado' e ao território.

É fundamental considerar que uma das prioridades do serviço de saúde mental é a inserção de sujeitos em sofrimento psíquico nas redes sociais, trabalhando como serviço facilitador de circulação de sujeitos no território de forma a empoderá-los para trocas afetivas, construção e sustentação de relações que propiciem a participação dos usuários em negociações, implicando em potencialização de autonomia e ampliação de redes de atuação social.

No entanto, é consenso na equipe à necessidade do CAPS de efetivar intervenções mais diretas para a promoção da inserção de seus usuários na comunidade. De igual modo, a equipe reconhece a necessidade do CAPS está inserido no território enquanto dispositivo de atenção psicossocial, assim como, ser reconhecido nesse território com tal função, produzindo aí seus efeitos. Segundo os profissionais, não é isso que acontece na cidade de Cachoeira, o CAPS, ao invés de promover a inserção, está sofrendo estereótipos que têm dificultado seu movimento em sentido à comunidade.

Como ressaltam as seguintes profissionais ao dizerem da representação social da comunidade sobre o CAPS:

*Os próprios profissionais da saúde, alguns relataram, de dizer assim: “nós profissionais excluimos o CAPS”. Imagine a sociedade, a comunidade. Como é que vai agir? (P2)*

*CAPS para eles é só significado de doido, lugar de doido, ainda na sociedade. Mas ainda acho que é uma visão da gestão, que não amadureceu a idéia de que o CAPS é para a inserção social. (P4)*

*Para poder chegar o CAPS à comunidade, a comunidade tem que chegar a gente também. (P7)*

Essas profissionais fazem uma constatação sobre a marca deixada pelo estigma que ainda veste o louco, impossibilitando-o de movimentos maiores nas redes sociais. Constatamos com isso, a necessidade de intensificação das propostas e práticas desinstitucionalizadoras, a fim de cessar as práticas manicomiais nos espaços sociais, lugares de pretensão de ocupação pela inserção social.

Desse modo, busca-se a construção de outra representação social sobre a loucura nesses espaços, produzindo um alargamento nos limites da cultura para que outro imaginário e outras relações sejam tecidos com sujeitos em sofrimento psíquico.

Estas falas dos profissionais confirmam ainda, a ideia de que o manicômio não está dado apenas nos grandes centros de tratamentos, a exemplo dos hospitais psiquiátricos, mas também, nas redes de relações estabelecidas com a loucura na comunidade. E por vezes essa prática manicomial é fortalecida por profissionais e instituições diversas que pela lógica do trabalho deveriam produzir outro olhar sobre a loucura.

A comunidade guarda ultrapassados saberes sobre a loucura que ainda dificultam no momento a flexibilidade de circulação e a construção de vínculos da sociedade com os sujeitos em sofrimento psíquico.

Como nos relatam as seguintes profissionais:

*A comunidade é preconceituosa, né? A gente, quando vai para rua, a gente percebe os olhares, né? Principalmente assim, que a gente que trabalha. Até a gente que trabalha, o pessoal fica assim: “hum deve ser doida também”... tem ainda, né? A marginalidade (P1).*

*Em relação aos usuários do CAPS a sociedade tem muito preconceito. Eles não abrem os braços para os meninos. Os meninos passam e eles fazer arrelia, que é bullying e tal. Então parece assim só o mundo do CAPS. Parece que a gente vive em um outro mundo. Não o da sociedade. (P7)*

De acordo com o discurso dos referidos profissionais, ao invés do CAPS adentrar à sociedade essa é que o cerca, colocando-o no lugar de peri(goso), lugar específico de manifestação de um gozo periférico, pois, a sociedade permite pouco movimento da loucura fora do serviço, isto é, a sociedade não aceita que a estranheza representada pela alteridade da loucura circule livremente em suas ruas e praças tão democraticamente sociáveis.

Essas representações da comunidade estão envolvidas em valores produtores de ruptura, desvalorização e afastamento dos sujeitos em sofrimento psíquico das relações sociais e até mesmo de circulação pela *polis*. Podemos ler nesses relatos dos profissionais não apenas a marginalidade do louco, mas também o desrespeito à sua alteridade. Fica perceptível também, nas falas das entrevistadas a negação da comunidade de uma relação possível com a loucura, ou seja, com sujeitos que a representa, seja o sujeito em sofrimento psíquico, sejam profissionais que ofereçam no cotidiano, modos possíveis de construção para essa relação.

Corroborar com essa representação o discurso das seguintes profissionais:

*Às vezes [pessoas na rua] ficam meio receosos, um pouco com medo deles [usuários do CAPS] serem agressivos. (P3)*

*Por que você tem coragem de sair com tantos meninos assim, meu Deus? Esses meninos que cada um tem um problema e*

*tal. Às vezes as pessoas começam a falar tanto que a gente até fica com medo. (P7)*

A comunidade procura manter distanciamento da loucura, pois, por séculos foi incentivada a agir assim. Desse modo, se faz urgente construir junto com a sociedade uma nova representação sobre a loucura, que seja facilitadora da construção de vínculo, relação, interação e inserção social.

Uma das funções do CAPS é a construção de um novo olhar sobre a loucura, porém, socialmente seu nome está sendo associado de forma pejorativa à loucura, o que dificulta as ações desse serviço no território. Neste contexto, o CAPS deveria estar desconstruindo o olhar estigmatizante sobre a loucura, no entanto, esse olhar está recaindo sobre a instituição de modo a estigmatizá-la também.

As profissionais percebem a necessidade da construção de atividades no serviço e na comunidade que visem entrosamento desta com o CAPS, todavia, poucas das profissionais entrevistadas promovem essas ações, investindo nessa relação na prática cotidiana e com atividades já em andamento. Fica perceptível também a ausência de planejamento de ações conjuntamente que não sejam pontuais, com objetivos diretivos e reavaliações em reuniões de equipe.

O CAPS então precisa construir olhares mais atentos e incentivadores da potencialização de suas ações enquanto dispositivo de construção de vínculos favorecedores de inserção social no território.

Considerando-se que muito ainda está por ser feito, como sinalizam as seguintes profissionais:

*Ah eu acho que essas possibilidades são poucas ainda. Mas acho que o CAPS veio para mudar essa visão, né? Por que assim, antigamente o louco era colocado num hospital, num manicômio e esquecido. Tanto pela família, como pela sociedade. (P1)*

*Quais as opções que ele tem? Quais as escolhas, quais os caminhos? Não existe. Então eles precisam de algo mais. Eles precisam de apoio da família, de um amigo ou de uma instituição. Do próprio CAPS em um trabalho maior, né?*



*Pessoas que saibam lidar com essa parte tão complexa que eu acho que é desafiadora mesmo da saúde mental. (P5)*

A constatação realizada por essas profissionais são importantes de serem levantadas por constituir aspecto importante na reflexão do processo de desinstitucionalização. Entretanto, vale questionar a função do CAPS nessa mudança na atenção, se o louco antes era esquecido nos hospitais, na atualidade esse mesmo sujeito não pode ser esquecido no CAPS. Pois *não é possível promover a reinserção social da pessoa em sofrimento psíquico apenas dentro dos limites do CAPS, isso porque tal fato representa reproduzir o isolamento do passado.* (AZEVEDO et al, 2012, p. 597)

O CAPS precisa construir modos de significar a inserção social e para isso é imprescindível a corresponsabilização da gestão, investimentos no fortalecimento da equipe e de ações conjuntas com a comunidade, familiares e usuários do serviço. O serviço necessita de pessoas comprometidas com a causa da saúde mental, que conheçam e saibam lançar mão das tecnologias da comunidade para esse fim.

É importante que nesse processo os profissionais se sintam responsabilizados e responsabilizem também outros setores, no sentido de criar uma corresponsabilização e não a transferência de responsabilidades.

*Bom em primeiro lugar eu não sou daqui. Eu não conheço bem a estrutura do município para isso. Mas o que eu percebo conversando com os pacientes, é que quando eles não estão dentro de casa, ou vagando na rua, eles vem pra cá. A impressão que dá é que não tem outra opção mesmo. Não tem opções. (P6)*

*É por que assim, tem o CAPS e tem outros serviços de saúde também. Vendo por essa questão da rua, é uma questão da assistência social. (P7)*

Cachoeira é uma cidade que oferece opções diversas para a construção de vínculos entre instituições, contudo, essa potencialidade precisa ser mais e

melhor explorada pelos profissionais e gestão. Algumas profissionais ensaiam boas propostas, porém, para sua sustentação faz-se necessário que outras profissionais também abracem essa proposta, para que essa não sucumba diante da sobrecarga. As atividades de inserção social oferecem maior impacto quando realizadas pelo coletivo.

*Então eles fazem ginástica na academia da cidade. Fazem parte da quadrilha, e dos projetos de extensão com a UFRB. Todos os convites, tudo que acontece lá naquele auditório a pessoa manda um convite e a gente está lá presente. A primeira exposição de sertanejos, agora aqui você, estamos aqui para essa nova leitura né, de arte. A gente sempre tem parcerias com as pessoas, professores, amigos, têm um diálogo com a Universidade. A gente já trabalhou dança, a expressão corporal, o movimento em parceria com a UFRB. Recebemos estagiários. (P 5)*

O contato com lugares de uso coletivo, a exemplo dos centros de cultura, academia, campos de futebol e universidade são essenciais nesse novo modelo de cuidado, no entanto, vale salientar que o contato da sociedade com a loucura precisa se expandir e não ficar restrito a eventos pontuais. Um modo possível de contribuição para isso acontecer é a Universidade assim como, outros centros de ensino que possam inserir o MNLA em seu planejamento de ensino, extensão e pesquisa, visando uma abertura maior da sociedade para a circulação da loucura, o que ainda se constitui um desafio.

*Há uma dificuldade de entrar em alguns espaços quando as coisas estão acontecendo, né? E às vezes espaços até que não deveriam, porque são pessoas de cabeças pensantes. Que sabem que eles têm direitos, mas eles têm aquele preconceito, aquele rótulo, né? Aquele estigma ainda, aquele ranço. (P5)*

*O olhar da comunidade é muito complicado. Por que querendo ou não existe a discriminação, existe o preconceito. (P7)*

Com estas falas é importante ponderarmos que o fato de um sujeito em sofrimento psíquico estar circulando por alguns ambientes e em algumas situações, não diz de uma relação estável pactuada com a comunidade, mas de um modo de forçar que isso aconteça através de uma convivência cotidiana, inventada, sustentada e que se constrói com esforço e disposição de profissionais da saúde mental e dos familiares.

Montar em território dispositivos facilitadores de inserção social, não são suficientes para promover o respeito à alteridade do outro, quando essa sociedade não está sendo trabalhada para tal fim, assim como, por vezes os profissionais que deveriam estar nesses serviços para servir a causa da saúde mental não dispõem ou não conseguem lançar mão de tecnologias necessárias a esse fim.

A cidade de Cachoeira ainda não dispõe de investimentos culturais e econômicos voltadas para reinventar o lugar ocupado socialmente pela loucura. Os incentivos do CAPS ainda são tímidos e não contam com o apoio de outros serviços, e da disposição da gestão para a construção e sustentação de ações comunitárias.

*Há com certeza um desdém, em acreditar que aquela pessoa não tem potencial, não tem o que investir. Já tem a questão política que eu acredito muito. Louco vota? Isso dá voto? E não dá né? Isso conta. Conta. Eu acredito que sim. (P6)*

É consenso na equipe que o sujeito em sofrimento psíquico ainda ocupa na sociedade lugares residuais, como podemos perceber na fala da entrevistada P6, mesmo considerando os quarenta anos de luta antimanicomial e doze anos da Lei 10.216. Pondera-se com isso, que essa é uma questão sociocultural, mas também, política. Por muito tempo esse sujeito foi considerado mão de obra improdutiva e destituído do direito ao voto por estar, em muitos casos, curatelado. No entanto, essa ideia sobre a loucura tem sido desconstruída e o sujeito em sofrimento psíquico tem ganhando, embora timidamente, o mercado de trabalho e os seus direitos civis.

## 5.0 SAÚDE MENTAL EM CACHOEIRA: ALGUMAS REFLEXÕES, MUITOS DESAFIOS.

*Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.*

Nise da Silveira

A saúde mental em Cachoeira rende muitas reflexões e também muitos desafios a serem enfrentados. Cachoeira tem a marca de ser uma cidade histórica, tombada como patrimônio da humanidade, com grande acervo cultural. Uma cidade que o mundo conhece e reconhece seu valor histórico cultural. Mas, assim como Cachoeira guarda histórias incríveis de batalhas, conquistas, esplendor, riquezas incalculáveis culturais e religiosas, essa cidade guarda também traços políticos tradicionais, antigos conceitos difíceis de serem desconstruídos e resistências a determinadas mudanças.

Os estereótipos sobre a loucura é um dos legados, que constituíram os mitos quais, a sociedade cachoeirana ainda não conseguiu se desvincular. Os porões da Santa Casa de Misericórdia e da Cadeia Pública de Cachoeira são marcos históricos que dizem do modo como foi construída e propagada a trajetória da loucura nessa cidade.

Com a implantação do CAPS Ana Nery em Cachoeira, no ano de 2006, se abre a possibilidade da construção de uma nova trajetória para a loucura, que não a de 'doente e perigoso' ou a de sujeito exótico, engraçado e, portanto, merecedor de migalhas das mesas de bares e restaurantes nos sábados e domingos à tarde.

Ainda assim, em seus oito anos de implantação no território foram tímidos os avanços do CAPS no compartilhar ações com a sociedade, suas atividades são mais internas. Poucas são as contribuições no sentido de promover outra representação social para a loucura no território, fato esse, perceptível pela negação de relação da comunidade com esse serviço de saúde mental.

A comunidade cachoeirana tem dificuldade em aceitar a vivência com a loucura no seu cotidiano. A sociedade ainda estranha ver o sujeito em sofrimento psíquico circulando pela cidade, fazendo uso compartilhado de serviços e

instituições de uso coletivo. Esse ato mostra que a visão da comunidade ainda é favorável à reclusão da loucura.

Em relato sobre a articulação do CAPS na rede de atenção no município, um enfermeiro da atenção básica diz:

*O CAPS é como um irmão louco, você não quer saber, tranca em um quarto e esquece, abre a porta só de vez em quando para jogar comida, ninguém fala, ninguém vê por que você não quer saber disso. É assim o CAPS, nas reuniões da Secretaria de Saúde em que estou presente nunca ouvi ninguém falar do CAPS, é a atenção básica os olhos da gestão.*

Essas palavras ficaram guardadas, sobretudo, porque especificam como está sendo visto o CAPS na rede de atenção; isto é, a ausência da articulação dessa instituição com instituições outras que compõe a RAPS na cidade e que se traduz na dificuldade de articular ações e trabalhar a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, nas malhas da cidade.

Logo, merece ser problematizado nesse momento, não apenas, o descaso ocorrido durante séculos dos sujeitos que vivenciam sofrimento psíquico na sociedade e, o movimento social de luta antimanicomial que propõe a construção de um novo paradigma para a loucura. Mas também, faz necessário problematizar os muitos desafios enfrentados por militantes, profissionais e gestão da rede de saúde mental na articulação do serviço na comunidade que envolve desejos, apostas, qualificação e suporte, dentre outras estratégias.

Em Cachoeira, esses desafios se apresentam de diversas formas no trabalho com o cuidado em liberdade da população que vivencia sofrimento psíquico.

Alguns desses desafios podem aqui serem marcados:

(1) Ausência de capitação de recursos diversos do SUS direcionados para a saúde mental em forma de edital pelo Ministério da Saúde, programas e etc., possivelmente, devido ao despreparo de profissionais na lida com essa questão ou de desinteresse;

- (2) Ausência de articulação das redes de atenção no município, que permita um cruzamento entre o social, a saúde, a educação, a justiça e a cultura;
- (3) Ausência de qualificação e valoração do profissional da saúde mental;
- (4) Aumento considerável da demanda em saúde mental (especialmente os casos relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas);
- (5) Representação social calcado no preconceito e na rejeição em relação aos loucos;
- (6) Ausência de debates sobre a loucura e o MNLA nos centros de ensino fomentadores e possibilitadores da construção de outra representação social para o sofrimento psíquico.

Corroborando com o exposto a pesquisa realizada nos CAPS da Bahia e Sergipe por Lima, Jucá e Nunes (2010) ao afirmarem como tarefas importantes e complexas no processo de desinstitucionalização e inserção social:

- (1) A necessidade de rever o ensino de graduação, considerando que esses ainda trazem os hospitais psiquiátricos como locais de tratamento à loucura, comprometendo a formação dos profissionais que irão atuar na frente da saúde mental;
- (2) A construção de outra representação social sobre a loucura;
- (3) Construção também de novos caminhos de subjetivação para sujeitos em sofrimento psíquico;
- (4) Articulação e corresponsabilização das redes formadoras da *polis*.

Soma-se a tais questões o retraimento das atividades devido às ameaças constantes de desmontagem da equipe, em decorrência dos modos como são construídos os vínculos trabalhistas com os profissionais, que os expõe a situações de fragilidade e dúvida quanto a sua permanência no serviço.

Esse fato se constitui também, em desafio para o exercício político da saúde mental no município, o modo como são realizados os contratos dos profissionais que não oferecem nenhuma garantia ao contratado. Esses contratos podem ser feitos e desfeitos a qualquer momento e as reduções salariais acontecem sem avisos prévios. Esse modo de funcionamento desestimula o profissional no enfrentamento dos embates cotidianos no campo da saúde mental.

Estando enlaçados nesse modo de organização do trabalho e assombrados com o fantasma da demissão, os trabalhadores da saúde mental vêm escapar seu poder reivindicador e transformador, se dispondo à submissão de vontades desencontradas com as atuais políticas públicas de saúde.

A equipe precisa estar empoderada para possibilitar em seu cotidiano o protagonismo dos usuários e familiares, investindo fortemente em um ambiente propício para essa construção. Esse fortalecimento pode ser pensando mediante as construções das assembleias, associações de usuários e familiares, atividades de inserção social, contratualidade e potencialização de autonomia.

Contribui para o fortalecimento e empoderamento da equipe apostas em dispositivos como o de supervisão clínico-institucional e as reuniões de equipe que favorecem a sustentação de decisões que são tomadas conjuntamente. Esses espaços de diálogos no cotidiano do serviço são promotores e canalizadores de intervenções com resultados singulares e coletivos.

A construção e fortalecimento de associações e assembleias se constituem também, como modos possíveis de aproximação e corresponsação entre atores engajados na causa defendida pela saúde mental. No entanto, Cachoeira ainda não investe nesses dispositivos como possibilidades de problematizar em grupos os desafios inerentes ao campo da saúde mental.

Dado a especificidade da saúde mental nesse município, é importante também refletir a construção dessas ações, considerando para tanto, a função de uma equipe multiprofissional de saúde mental trabalhar interdisciplinarmente em um CAPS, não apenas com ênfase nas divisões de tarefas, mas na corresponsabilização construída no serviço com os familiares, instituições outras e comunidade, visando sempre potencializar a lida com a inserção social.

Outra questão importante a ser colocada, é que o CAPS Ana Nery lida com uma baixa adesão não só de familiares, mas também, de usuários, justificada pela equipe, como sendo uma questão socioeconômica. O CAPS atende tanto demanda da zona rural quanto da zona urbana. O deslocamento dos usuários da zona rural é fator que dificulta na adesão. Esses usuários enfrentam dificuldades que interferem no deslocamento (restrição de transporte no município) e na alimentação (devido à distância entre moradia e serviço e a espera de transporte, o usuário terá que arcar com os custos de uma alimentação nesse percurso).

O CAPS também não conta com carro próprio para fazer o deslocamento dos usuários até o serviço, nem dos profissionais para realizar contato em domicílio com esses usuários. A solicitação de transporte para realização de intervenções pelos profissionais no território sempre é bastante complexa.

No entanto, os usuários da zona urbana frequentam consideravelmente o CAPS. As atividades expressivas, corporais, a escuta e o vínculo são reforçadores para esses usuários permanecerem no CAPS. Somados ao acolhimento, a alimentação e ao banho, necessidades importantes para os quais se encontram em situação de rua.

Embora essa instituição de saúde mental se constitua enquanto CAPS tipo I como já citado em alguns momentos desse trabalho, essa instituição recebe uma demanda significativa de público para Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), o que acaba por confundir a assistência, a função do serviço e o direcionamento das atividades que considera o perfil dos usuários assistidos para o planejamento de ações.

Para as profissionais, o fato de serem contratadas para um serviço e atuar em três frentes de atenção à saúde mental (CAPS I, CAPSad e ASM) é um fator gerador de angústia, pois o serviço recebe, acolhe e planeja ações para esses três tipos de públicos, dispondo de uma equipe única.



## II FINALIZANDO

*Desesperar jamais, aprendemos muito nesses anos. Afinal de contas, não tem cabimento entregar o jogo no primeiro tempo. Nada de correr da arraia, nada de morrer na praia.*

Ivan Lins e Vitor Martins

No percurso de construção desse trabalho, constatou-se através de fontes teóricas e práticas, que a concepção de saúde mental dentro dos ideais do MNLA tem ganhado força enquanto política pública nacional e que vem recebendo apoio mesmo que timidamente de diversas bandeiras de lutas, de familiares, militantes, profissionais e usuários. Grupos que reivindicam protagonismo e autonomia de sujeitos em sofrimento psíquico nos seguimentos e decisões sociais.

Em Cachoeira, cidade cenário de realização dessa pesquisa, é visível a presença da política nacional de saúde mental, sem tomar, no entanto, maiores proporções na comunidade. Essa política em Cachoeira está centrada quase exclusivamente no dispositivo de atenção, CAPS. Com isso, as práticas de inserção social ficam comprometidas.

Mesmo havendo esforços das profissionais, como constata a pesquisa, em estarem desenvolvendo atividades no território, construindo projetos e investindo em vínculos com outros serviços, existe em Cachoeira, a necessidade de investimentos na saúde mental, vindos da gestão e de instituições outras que compõe a rede de sustentabilidade às ações sociais, de saúde, justiça e educação.

As ações desenvolvidas e voltadas para a contratualidade dos usuários do serviço de saúde mental, nessa cidade, precisam também serem melhor sustentadas pela equipe de profissionais. Ademais, é importante para a efetivação dos trabalhos realizados pelos profissionais, que esses também possam receber a oferta de qualificação, valoração da política e do trabalho realizado. A saúde mental precisa fazer sentido, para então promover encontros na rede que compõe a cidade.

Para a construção da inserção social no campo da saúde mental é necessário que se tenha intervenções acordadas dentre os profissionais que atuam nesse campo e dentre as diversas outras instituições apoiadoras, investindo e apostando na invenção e manutenção de vínculos dos usuários com as instituições

que compõem a RAPS e de suporte no âmbito familiar e social. As profissionais do CAPS Ana Nery ensaiam atividades de inserção social no território, mas a recepção por vezes é desestimuladora, tanto por ausência de apoio de membros da equipe quanto da recepção da/na comunidade.

As análises realizadas nesse trabalho e os resultados encontrados demonstram a necessidade do fortalecimento da saúde mental nesse município, assim como, o empoderamento da equipe para a promoção e sustentação de ações desinstitucionalizadoras que ainda estão em processo de germinação.

Os achados dessa pesquisa apontam para a dificuldade da equipe de profissionais implantarem e sustentarem ações de inserção social, o que foi associado à falta de capacitação na área da saúde mental e ausência de investimentos em recursos humanos e financeiros no serviço.

Os achados apontam ainda como dificultores do processo de inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico a marca do preconceito enraizado culturalmente sobre a loucura, a coexistência de práticas asilares na comunidade e na rede de atenção, ausência de militância e problematização do tema de modo efetivo nos centros de ensino do município.

Acontece também em Cachoeira o fato dos gestores se preocuparem primeiramente em organizar e implantar as ações estratégicas da atenção básica, não investindo do mesmo modo na saúde mental, nem em sua transversalidade de forma ampliada no território. O desinvestimento na saúde mental fica marcado também pela ausência da oferta de cursos de atualização e de aperfeiçoamento, de igual modo, com a não formação de equipes de matriciamento e de educação permanente.

É importante marcar nesse momento, a falta de clareza da comunidade e de profissionais sobre a ideia da reforma psiquiátrica e das especificidades do CAPS, o que gera a necessidade de investimentos na divulgação da função desse serviço e dos ideais da reforma psiquiátrica. O conhecimento sobre o serviço CAPS e sobre a reforma psiquiátrica já são modos de pensar a inserção social na sociedade.

Nesse sentido, mais que discutir o processo de inserção social dos sujeitos em sofrimento psíquico no CAPS Ana Nery, essa pesquisa auxiliou as profissionais a refletir sobre a importância dessa ação no serviço, como dispositivo para a construção de outro lugar para a loucura na sociedade. Despertando assim

em alguns e fortalecendo em outros o desejo de construir intervenções e caminhos possíveis a serem trilhados pela saúde mental em direção à inserção social de sujeitos que vivenciam sofrimento psíquico na sociedade.

Embora essa pesquisa tenha se direcionado para uma problematização e discussão sobre a inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico no território, através de ações realizadas por profissionais do CAPS incluindo suas práticas, percepções e vivências, foi possível em seu curso experienciar muito mais do que isso, pois estar em um serviço de saúde mental é compartilhar angústias, dúvidas, alegrias, descobertas e invenções.

Após essa experiência, fica a certeza que a inserção social ainda é um aspecto da saúde mental que precisa ser aprofundado, principalmente por seu potencial de fortalecimento de autonomia, protagonismo e empoderamento dos usuários, dos familiares, das redes com um único fim, adentrar a comunidade. Pois, só se faz inserção social saindo do entre muros e ganhando os 'ares' da cidade.

Considera-se, dessa forma, que no decorrer das discussões e resultados desse trabalho, foram apontadas trajetórias possíveis em consonância com os discursos dos profissionais para se protagonizar os ideais da saúde mental. No entanto, há um longo caminho a ser percorrido em Cachoeira e grandes desafios a serem enfrentados para isso acontecer.

Conclui-se, portanto, que no cenário atual da inserção social no campo da saúde mental, em Cachoeira, mudanças significativas já começaram a ser ensaiadas e estão aguardando investimentos que promovam o fortalecimento e a concretização dessas ações no território.

### III REFERÊNCIAS

ALVARENGA, Alex Reinecke. DIMENSTEIN, Magda. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. In: Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Coordenação Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Nau, 2005.

ALKMIM, Wellerson. **Entrelaçamento transferências na psicose**. In: CURINGA. Escola brasileira de psicanálise. Há algo de novo nas psicoses. Belo Horizonte. 2000.

AMARANTE, Paulo. **A trajetória do pensamento crítico em saúde mental no Brasil**: planejamento da desconstrução do aparato manicomial. In: URIBE, F.J. & GALLO, E. (orgs). Editora Relume Dumará, Rio de Janeiro; 1992.

----- Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, M. I. A.; SCARCELLI, I. R.; COSTA, E. S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1.ed. São Paulo: IPUSP, 1999.

----- **Asilos, alienados, alienistas**: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (Org). Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed.Fiocruz, 1994.

-----**Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

-----**Loucura, Cultura e Subjetividade**: Conceitos e Estratégias, Percursos e Atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: FLEURY.S. (org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. – São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

-----**Sobre duas proposições relacionadas à clínica e à reforma psiquiátrica**. In: QUINET. Antonio (org). Psicanálise e psiquiatria: controvérsias e convergências. Rios ambiciosos, Rio de Janeiro, 2001.

AMARANTE, Paulo. DIAZ, Fernando Sobhie. **Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica**. Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro. 2012.

AZEVEDO, Elisângela Braga et al. Práticas inclusivas extramuros de um CENTRO DE Atenção Psicossocial: possibilidades inovadoras. Revista Saúde em Debate. Rio de Janeiro. 2012.

BAHIA. **A situação da reforma psiquiátrica na Bahia**: elementos para o primeiro diagnóstico e proposta. Núcleo de estudos pela superação dos manicômios – NESM. Salvador. 2006.

BARROS, Sônia. CLARO, Heloisa Garcia. **Processo ensino aprendizagem em saúde mental**: o olhar do aluno sobre reforma psiquiátrica e cidadania. Revista Escola de Enfermagem USP – São Paulo. 2011.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASTIDE, R. **Sociologia das doenças mentais**. São Paulo: Editora Nacional. 1967.

BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada**. In: BEZERRA, Benilto. AMARANTE, Paulo. *Psiquiatria sem hospícios: contribuições aos estudos da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1992.

BRASIL, 2001. Presidência da República. **Lei 10.216 de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, Brasília.

BRASIL, 1988. Presidência da República. **Constituição de 1988**, de 5 de outubro de 1988. Brasília.

BRASIL, 1990. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília.

BRASIL, 1996. Conselho Nacional de Saúde; **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Brasília.

BRASIL, 2002. Ministério da saúde. **Portaria MS nº 336 de fevereiro de 2002**. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília.

BRASIL, 2002a. **Portaria nº 251, de 31 de janeiro de 2002**. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília.

BRASIL, 2003. Ministério da Saúde. **Circular conjunta 01/03**. Dispõe sobre a Saúde Mental e a Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários. Brasília.

BRASIL, 2004. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. Secretária de Atenção a saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília.

BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. **Parâmetros Assistenciais da Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde por Área Estratégica**. Brasília.

BRASIL, 2012. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados-10, ano VII, nº 10**. Informativo eletrônico. Brasília.

BRASIL, 2013. Ministério da Saúde. **Dados gerais da rede de atenção à saúde mental do SUS**. Extraído de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps\\_dados\\_atualizados5abril](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizados5abril). Acesso em 27 de janeiro de 2013.

BRUSAMARELLO, Tateana. GUIMARÃES, Andréia. LABRONICI, Liliane. MAZZA Verônica. MAFTUM, Mariluci. **Redes sociais de apoio as pessoas com transtornos mentais e familiares**. Revista texto contexto enfermagem, Florianópolis, 2011.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino. MUTTI, Regina. **Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo**. Revista texto contexto enfermagem, Florianópolis, 2006.

CASTEL, Robert. **A instituição psiquiátrica em questão**. In Figueira, S. (coord.), Sociedade e doença mental (p. 149-192). Rio de Janeiro: Campus. 1978.

COLVERO, Luciana de Almeida. IDE, Cilene Aparecida Costardi; ROLIM, Marli Alves. **Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença**. Revista da Escola de Enfermagem USP. São Paulo. 2004.

COSTA, Diego. PAULON, Simone. **Participação social e protagonismo em saúde mental: a insurgência de um coletivo**. Revista Saúde em debate, RJ, 2012.

DELGADO, Pedro Gabriel. **As razões da tutela: psiquiatria, justiça e cidadania do louco no Brasil**. Rio de Janeiro: Te Corá, 1992.

DIMENSTEIN, Magda. LIMA, Ana Izabel. MACEDO, João Paulo. **Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária**. In: PAULON, Simone e NEVES, Rosane. Saúde Mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz 1999.

DURKHEIM, ÉMILE. **As regras do método sociológico**. Coleção pensadores. São Paulo: Abril Cultura, 1973.

FERREIRA, Maria Solange de Castro. PEREIRA, Maria Alice Ornellas. **Cuidado em saúde mental: a escuta de pacientes egressos de um Hospital Dia**. Revista de enfermagem. Brasília. 2012.

FORNAZIER, Mônica Lorencetti. DELGADO, Rose das Chagas. **Reforma Psiquiátrica na Bahia: desafios e (des) caminhos**. Revista Baiana de Saúde Pública. 2011.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura na idade clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com textos: imagem e som: um material prático**. Petrópolis, RJ, Vozes, 2008.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 2005.

-----, **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro. Ed. LCT. 1975.

GOLDBERG, Jairo Idel. **Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial**. In: PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial no Brasil. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

JORGE, Maria Salete Bessa. RANDEMARK, Norma Faustino Rocha. QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira. **Reabilitação Psicossocial: uma visão da equipe de Saúde Mental**. Revista brasileira de enfermagem; 2006.

LAURENT, Eric. **Psicanálise e saúde mental: a prática feita por muitos**. In: CURINGA. Escola Brasileira de Psicanálise. Há algo de novo nas psicoses. Minas Gerais; 2000.

LEÃO, Adriana. **As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental**. São Paulo. (Dissertação – Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 2006.

LEÃO, Adriana. BARROS, Sônia. **As representações sociais dos profissionais de saúde mental acerca do modelo de atenção e as possibilidades de inserção social**. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo. 2008.

----- **Inclusão e exclusão social:** as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Rio de Janeiro, 2011.

LOBOSQUE, Ana Maria. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo, Hucitec, 1997.

MACEDO, Laura Christina. LOROCCA, Liliana Muller. CHAVES, Maria Marta Nolasco. MAZZO. Verônica de Azevedo. **Análise do discurso:** uma reflexão para pesquisas em saúde. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, V. 2; nº26. 2008.

MANZINI, Eduardo José. **A entrevista na pesquisa social.** Didática, São Paulo, v. 26/27, P. 149-158. 1991.

VERAS, Marcelo. **A loucura entre nós:** uma experiência lacaniana no país da saúde mental. Fapex, Salvador, Bahia; 2010.

MARQUES, Antonio Jorge de Souza. **Reabilitação Psicossocial e a Reforma psiquiátrica em Juiz de Fora.** In: PITTA, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial no Brasil. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de caso:** uma estratégia de pesquisa. São Paulo, Atlas, 2008.

MELMAN, Jonas. **Família e doença mental:** repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras, 2002.

MELO. Anastácia Mariana da Costa. **Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil.** Cadernos brasileiros de saúde mental. Florianópolis, 2012.

MINOZZO, Fabiane e COSTA, Ilmo Izídio da. **Integrando CAPS e Saúde da Família: apoio matricial em saúde mental.** In: PAULON, Simone e NEVES, Rosane. Saúde Mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.

MYNAIO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo. Hucitec, 2004.

----- (Org). **Pesquisa social teoria, método e criatividade.** Petrópolis, Rio de Janeiro, Vozes. 2003.



NAVARINE, Vanessa. HIRDES, Alice. **A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos.** Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008.

ONOCKO-CAMPOS. Rosana Teresa. & FURTADO. Juarez Pereira. **Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(5): 1053-1062, maio, 2006.

ORLANDI, Eni Puccinelli. **Análise do discurso:** Michel Pêcheux textos selecionados. Campinas, SP: Pontes Editores, 2011.

PACHECO. Juliana, Garcia. **Reforma Psiquiátrica, uma realidade possível: representações sociais da loucura e a história de uma experiência.** Curitiba: Juruá, 2009.

PELBÁRT, Peter-Pal. **Manicômio mental: a outra face da clausura.** In: LANCETTI, Antônio (Org). Saúdeloucura 2. 3.ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil. Hoje?** In: PITTA, Ana Maria Fernnades. **Reabilitação psicossocial no Brasil.** (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

PITTA, Ana Maria Fernnades. **Cuidando de psicóticos.** In: GOLDBERG, J. Clínica da psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Coroa / instituto Franco Basaglia; 1994, p. 153-168.

RIBEIRO, Sérgio Luiz. **Reflexos da reforma psiquiátrica brasileira no cotidiano dos trabalhadores de um centro de atenção psicossocial.** Cadernos brasileiros de saúde mental. Florianópolis, 2012.

ROSA, Lúcia Cristina dos Santos. **O Nordeste no movimento da reforma psiquiátrica brasileira.** In: Segunda Jornada internacional de políticas públicas. UFMA. Maranhão, 2005.

----- **A inclusão da família no Projeto Terapêutico dos serviços de saúde mental.** Psicologia em Revista. Belo Horizonte. 2005.

----- **Transtorno mental e o cuidado na família.** São Paulo: Cortez. 2008.

ROTELLI, Franco. **Superando o manicômio** – o circuito psiquiátrico de Triste. In: AMARANTE, Paulo. (Org) *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

SARACENO, Benedetto. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Instituto Franco Basaglia. Rio de Janeiro. 2001.

SCARCELLI, Ianni Regia. **Entre o hospício e a cidade**: dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni, 2011.

SESAB, 2008. Secretaria de Saúde da Bahia. **Análise da situação de Saúde Mental do estado da Bahia em julho de 2008**. Salvador/BA.

SESAB, 2013. Secretária de Saúde da Bahia – SESAB. **Informações sobre hospitais psiquiátricos na Bahia**. Disponível em: [http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5151:informacoes-sobre-hospitais-psiquiatricos-na-bahia&catid=90:link-interno](http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5151:informacoes-sobre-hospitais-psiquiatricos-na-bahia&catid=90:link-interno). Acesso em 13/10/2013.

SIDRIM, Maria Ifigênia Costa. **As representações sociais da reabilitação psicossocial**: um estudo sobre CAPS. Curitiba: Juruá, 2010.

SOALHEIRO, Nina Isabel. **Política e empoderamento de usuários e familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica**. Cadernos brasileiro de saúde mental, Rio de Janeiro. 2012.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos diasatuais**: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*. Rio de Janeiro, 2002.

KINOSHITA, Roberto Tikanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial**. In: PITTA, Ana. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.

ZENONI, Alfredo. **Qual Instituição para o Sujeito Psicótico**. Abrecampos, V.1. Belo Horizonte, 2000.

## **ANEXOS**



UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
CAHL – Centro de Artes, Humanidades e Letras  
Pós Graduação em Ciências Sociais: cultura, desigualdade e desenvolvimento.  
Rua 13 de maio, nº13, Centro, Cachoeira \_BA. Tel. (75) 3425 2242.

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Antonia Vieira Santos, pesquisadora do projeto de pesquisa que tem como tema: “(Re) inserção social de sujeitos egressos de internações psiquiátricas no município de Cachoeira-BA”, sob a orientação do professor pesquisador responsável Dr. Diogo Valença de Azevedo Costa, necessito de sua contribuição para participar como entrevistado dessa pesquisa. Após informações recebidas sobre o projeto e estando ciente de seus direitos relacionados à participação no projeto de pesquisa, solicito sua aceitação/autorização, por meio de assinatura no local indicado no fim desse termo.

O objetivo dessa pesquisa é discutir o processo de inserção social de sujeitos egressos de instituições psiquiátricas no município de Cachoeira-BA que vivenciam retorno à sociedade, após um período de internação em Hospital Psiquiátrico.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista com duração máxima de uma hora, baseada em roteiro previamente estabelecido. As entrevistas serão gravadas em fita micro-K7, para sua posterior transcrição e análise. Após o estudo, as fitas bem como o conteúdo de sua transcrição, ficarão armazenadas por um período de cinco anos sob a responsabilidade do pesquisador. Passado esse período, as fitas e as transcrições serão destruídas. Em nenhuma hipótese serão utilizados os conteúdos dessa gravação para qualquer outra finalidade a não ser o do foco desse projeto de pesquisa.

De acordo ao inciso V.5 da resolução 196/96 toda pesquisa com seres humanos requer riscos, desse modo, será garantido aos sujeitos da pesquisa os seguintes direitos.

- ✓ Liberdade de recusar-se a participar como sujeito da pesquisa, tendo a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo.
- ✓ Sigilo quanto às informações prestadas e o esclarecimento de qualquer dúvida acerca dos procedimentos relacionados com a pesquisa.
- ✓ Liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, com a garantia de que não sofrerá qualquer penalização ou prejuízo.
- ✓ Liberdade de recusar-se a responder qualquer das perguntas que considerar constrangedora em qualquer aspecto.
- ✓ Segurança de que não será identificado e lhe é assegurado o direito de receber informações atualizadas durante o estudo e por ocasião de sua conclusão.

Considerando ainda o inciso V da resolução 196/96 que trata das diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos, que diz: “considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”. Coloca-se a possibilidade da equipe que fará parte da pesquisa vir a questionar sua prática, o que pode ocasionar dúvidas, incômodo quanto ao seu fazer cotidiano no campo de atuação afetando assim o bem-estar dos sujeitos envolvidos diretamente e indiretamente na pesquisa. Contudo, ainda de acordo a resolução 196/96 em seu inciso V.1 que diz:

“V.1 - Não obstante os riscos potenciais, as pesquisas envolvendo seres humanos serão admissíveis quando:  
a) oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar um problema que afete o bem-estar dos sujeitos da pesquisa e de outros indivíduos;  
b) o risco se justifique pela importância do benefício esperado;  
c) o benefício seja maior, ou no mínimo igual, a outras alternativas já estabelecidas para a prevenção, o diagnóstico e o tratamento.”  
(BRASIL, 196/96).

Desse modo, os benefícios a que se propõe essa pesquisa justificam o risco acima colocado aos quais os sujeitos da pesquisa estarão submetidos, sendo esses benefícios: a possibilidade de problematização da prática de inserção social no campo da Saúde Mental, discussões de vivências cotidianas na atenção a sujeitos egressos de instituições psiquiátricas e construção teórica sobre o tema pesquisado. Esses benefícios não estão restritos aos participantes da pesquisa e

aos usuários dos serviços pesquisados, mas também à rede de Saúde Mental do município que, de acesso ao material produzido como resultado final da pesquisa, poderá pensar programas que invistam em inserção social de sujeitos egressos de internações psiquiátricas, assim como em formação continuada em Saúde Mental para profissionais da rede.

De acordo com o estabelecido no inciso III.3 da resolução 196/96, o retorno dos resultados da pesquisa se dará junto à equipe de entrevistados, com apresentação dos resultados, com problematização e discussão dos mesmos. Cada instituição pesquisada receberá uma cópia do trabalho final (dissertação), após essa ser avaliada pela instituição fomentadora. Após conclusão do trabalho final, em abril 2014, será agendada nesse mesmo mês e ano previamente uma data com as equipes, para a apresentação dos resultados e entrega de cópia da dissertação.

O presente termo de consentimento livre e esclarecido consta de três páginas. Este documento deverá ser assinado em duas vias para que uma fique com o sujeito da pesquisa e a outra com o pesquisador.

Tenho ciência do exposto e aceito participar como sujeito da pesquisa.

Nome:-----  
Cachoeira/BA-----de-----2013.

Assinatura:-----

Tendo ciência do exposto assinam:

Pesquisadora  
Nome:-----  
Assinatura:-----

Orientador:  
Nome:-----  
Assinatura:-----

Cachoeira/BA-----de-----2013.



UFRB – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
 CAHL – Centro de Artes, Humanidades e Letras  
 Pós Graduação em Ciências Sociais: cultura, desigualdade e desenvolvimento.  
 Rua 13 de maio, nº13, Centro, Cachoeira \_BA. Tel. (75) 3425 2242.

### ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Identificação da entrevista	Data	Número	Início	Duração	Intervalo

Nome entrevistado.....  
 Pseudônimo.....  
 Idade.....Sexo.....  
 Formação Curso:.....Especialização.....  
 Ano de conclusão do curso.....Há quanto tempo está na instituição?.....  
 Já teve outra experiência com saúde mental?.....Qual?.....

1. Para você o que é loucura?
2. Como é sua relação com os usuários desse serviço de Saúde Mental?
3. Fale um pouco das atividades que você realizada aqui no serviço.
4. Esse serviço oferece atividades fora da instituição? Quais? Como acontece?
5. Conte um pouco como você percebe a relação dos usuários desse serviço: (1) com a família e (2) com a comunidade.
6. Quais as atuais Redes de Atenção no município em articulação com esse serviço?
7. Como você percebe a inserção social dos usuários desse serviço na sociedade?
8. Você consegue perceber possibilidades para essa inserção?

# UFRB

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS

## CONSENTIMENTO DA INSTITUIÇÃO ONDE SE DARÁ A PESQUISA

Eu, Simone Brandão dos Reis,  
 abaixo assinado, coordenador (a) da (o)  
caps Ana Nery autorizo a  
 aluna da Pós Graduação em Ciências Sociais: cultura, desigualdade e  
 desenvolvimento da UFRB- Universidade Federal do Recôncavo da Bahia,  
 Antonia Vieira Santos, orientada pelo professor Drº Diogo Valença de Azevedo  
 Costa, a realizar a pesquisa intitulada: "(Re)inserção Social de Sujeitos  
 Egressos de Instituições Psiquiátricas no Município de Cachoeira na Bahia";  
 nessa instituição. Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a)  
 sobre a pesquisa, seus procedimentos, os possíveis riscos, os benefícios e que  
 os sujeitos participantes não terão prejuízos éticos, morais ou legais. Assim  
 como estou ciente de meu direito de receber relatórios dos resultados quando a  
 pesquisa for concluída.

Cachoeira 26 de julho de 2012

*Dr. Simone Brandão dos Reis*  
 COREN-BA 19809-P  
 CRA - BA 12265



Simone Brandão dos Reis  
 Coordenadora Adm.  
 CRA/BA 12265

Nome, assinatura e carimbo do(a) coordenador (a) da instituição

*Antonia Vieira Santos*

Nome e assinatura da pesquisadora

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a  
 pesquisa e o aceite da coordenação da instituição.

Testemunha (1) Alma da Graça Kessena Santos de Costa

Testemunha (2) Rauciene Lima Duarte



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RECÔNCAVO DA BAHIA -  
UFRB



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** (RE) INSERÇÃO SOCIAL DE SUJEITOS EGRESSOS DE INSTITUIÇÕES PSQUIÁTRICAS NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA - BA

**Pesquisador:** Diogo Valença de Azevedo Costa

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 07704912.3.0000.0056

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 211.027

**Data da Relatoria:** 06/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

"O objetivo desse trabalho é discutir o processo de (re) inserção social de sujeitos egressos de instituições psiquiátricas que vivenciam no processo de reforma psiquiátrica retorno à família e à sociedade. Para tanto, realizaremos entrevista e após, analisaremos as narrativas das equipes que trabalham nas instituições pesquisadas: (1) CAPS I Ana Nery; (2) Instituição Coração de Maria Casa Lar I, ambas no município de Cachoeira na Bahia, problematizando o campo efetivo de possibilidades que se apresentam para o sujeito

em seu processo de ressocialização. Construindo uma análise comparativa dos resultados, tendo em vista, que a primeira instituição se caracteriza como uma instituição aberta e a segunda como uma instituição fechada. Essas narrativas serão gravadas obedecendo ao que preconiza a resolução 196/96".

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

¿ "Discutir o processo de (re) inserção social de sujeitos egressos de instituições psiquiátricas que vivenciam no processo de Reforma Psiquiátrica retorno à sociedade".

Objetivos específicos

**Endereço:** S/N

**Bairro:** S/N

**CEP:** 44.380-000

**UF:** BA

**Município:** CRUZ DAS ALMAS

**Telefone:** (75)3621-1293

**Fax:** (75)3621-9767

**E-mail:** secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RECÔNCAVO DA BAHIA -  
UFRB



¿ "Identificar o modo como a equipe técnica percebe e investe na (re) inserção social no cotidiano do serviço.

¿ Analisar como os técnicos do serviço vivenciam a (re) elaboração pessoal e coletiva dos usuários no seu voltar à sociedade.

¿ Problematizar a (re) inserção social do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade".

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Objetivo Primário:

"Discutir o processo de (re) inserção social de sujeitos egressos de instituições psiquiátricas que vivenciam no processo de Reforma Psiquiátrica retorno à família e à sociedade".

Objetivo Secundário:

"Identificar o modo como a equipe técnica percebe e investe na (re) inserção social no cotidiano do serviço. Analisar como os usuários do serviço experienciam a (re) elaboração pessoal e coletiva no voltar à sociedade. Problematizar a (re) inserção social do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade".

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa relevante, pois se propõe a "discutir o processo de (re) inserção social de sujeitos egressos de instituições psiquiátricas que vivenciam no processo de reforma psiquiátrica retorno à família e à sociedade" e "Identificar o modo como a equipe técnica percebe e investe na (re) inserção social no cotidiano do serviço. Analisar como os usuários do serviço experienciam a (re) elaboração pessoal e coletiva no voltar à sociedade. Problematizar a (re) inserção social do sujeito em sofrimento psíquico na sociedade".

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados todos os documentos de apresentação obrigatória.

#### **Recomendações:**

Sugestões:

1- NO TCLE:

Endereço: S/N

Bairro: S/N

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RECÔNCAVO DA BAHIA -  
UFRB



- Inserir espaço para assinatura dos pesquisadores (orientador e orientanda);
- As duas páginas iniciais devem conter a Rubrica dos participantes e dos pesquisadores e a última a assinatura completa dos mesmos.

2-OUTROS:

- Apresentar o orçamento financeiro no relatório final da pesquisa (item VI.2.j da resolução 196/96, 2012.)
- Incluir termo de Anuência do Caps I Ana Nery no relatório que deve ser enviado ao CEP-UFRB;

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após nova avaliação do Projeto de Pesquisa foi possível concluir que ele encontra-se adequado as normativas da Resolução 196/96 (versão 2012).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96 (versão 2012) Assim, desejamos sucesso aos pesquisadores e esperamos que as sugestões apresentadas para o TCLE sejam realizadas antes da coleta dos dados.

CRUZ DAS ALMAS, 04 de Março de 2013

---

**Assinador por:**  
**Deisy Vital dos Santos**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** S/N

**Bairro:** S/N

**CEP:** 44.380-000

**UF:** BA

**Município:** CRUZ DAS ALMAS

**Telefone:** (75)3621-1293

**Fax:** (75)3621-9767

**E-mail:** secgab@ufrb.edu.br