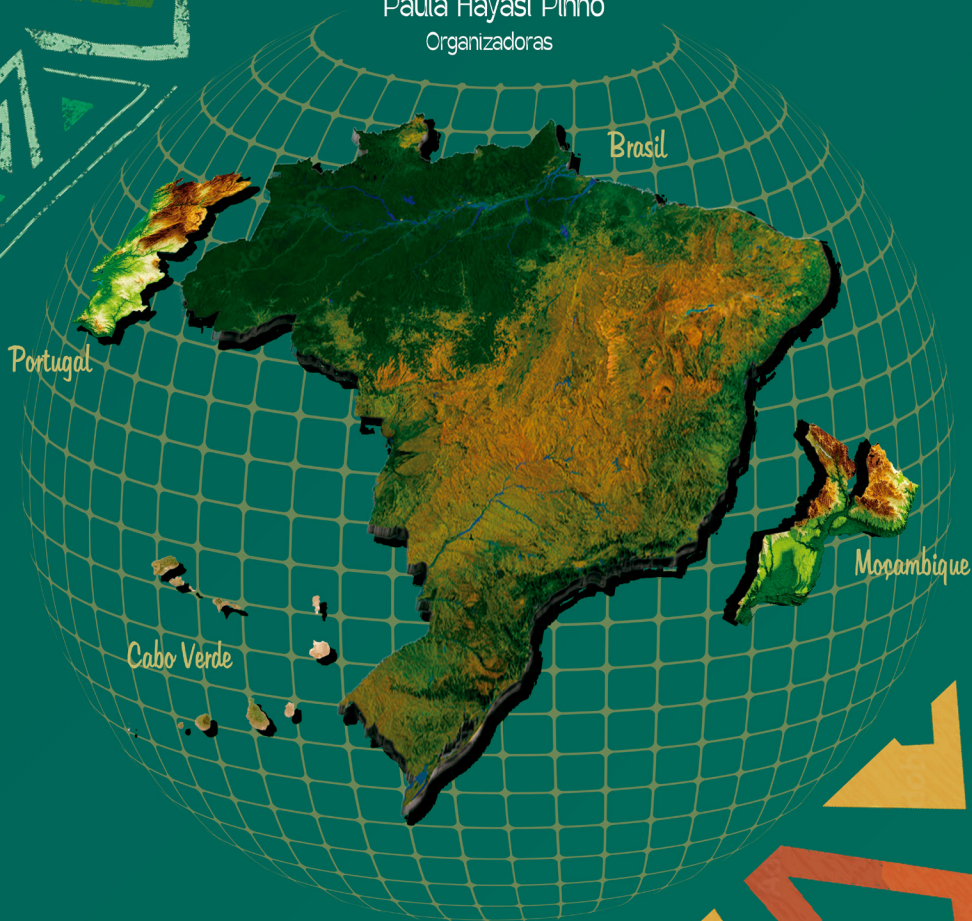


Reabilitação psicossocial em países de língua **PORTUGUESA**

Helena Moraes Cortes
Paula Hayasi Pinho
Organizadoras



Reabilitação psicossocial em países de língua portuguesa



Universidade Federal do
Recôncavo da Bahia

REITORA

Georgina Gonçalves dos Santos

VICE-REITOR

Fábio Josué Souza dos Santos

EDUFRB

Superintendência da Editora

SUPERINTENDENTE

Rosineide Pereira Mubarack Garcia

CONSELHO EDITORIAL

Leira Damiana Almeida dos Santos Souza

Leilane Silveira D'Ávila

Luciana da Cruz Brito

Mauricio Ferreira da Silva

Paula Hayasi Pinho

Paulo Henrique Ribeiro do Nascimento

Rafael dos Reis Ferreira

Rosineide Pereira Mubarack Garcia (Presidente)

Rubens da Cunha

SUPLENTES

Carlos Alfredo Lopes de Carvalho

Marcílio Delan Baliza Fernandes

Tatiana Polliana Pinto de Lima

EDITORA FILIADA À



Associação Brasileira
das Editoras Universitárias

Helena Moraes Cortes
Paula Hayasi Pinho
(Organizadoras)

Reabilitação psicossocial em países de língua portuguesa



Cruz das Almas - Bahia
2024

Copyright©2024 by Helena Moraes Cortes e Paula Hayasi Pinho

Direitos para esta edição cedidos à EDUFRB

Projeto gráfico, capa e editoração eletrônica

Antonio Vagno Santana Cardoso

Revisão e normatização técnica

Nicole Medeiros Leal

A reprodução não-autorizada desta publicação, por qualquer meio seja total ou parcial, constitui violação da Lei nº 9.610/98.

R282

Reabilitação psicossocial em países de língua portuguesa/
Organizadoras: Helena Moraes Cortes e Paula Hayasi
Pinho._ Cruz das Almas, BA: EDUFRB, 2024.
182p.; il.

Esta obra condensa trabalhos produzidos por Profissionais de Saúde e Acadêmicos comprometidos com a reforma psiquiátrica em países de língua portuguesa como Brasil, Moçambique, Cabo Verde e Portugal.

ISBN: 978-65-88622-06-3.

1.Reforma psiquiátrica – Psicologia social. 2.Reforma psiquiátrica – Saúde mental. 3.Reabilitação – Análise. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. II.Cortes, Helena Moraes. III.Pinho, Paula Hayasi. IV.Título.

CDD: 615.851

Ficha elaborada pela Biblioteca Universitária de Cruz das Almas - UFRB. Responsável pela Elaboração – Antonio Marcos Sarmento das Chagas (Bibliotecário - CRB5 / 1615).

Livro publicado em 04 de julho de 2024



Rua Rui Barbosa, 710 – Centro
44380-000 Cruz das Almas – Bahia/Brasil

Tel.: (75) 3621-7672

editora@reitoria.ufrb.edu.br

www.ufrb.edu.br/editora

Apresentação

Helena Moraes Cortes

Paula Hayasi Pinho

Este livro condensa trabalhos produzidos por profissionais de saúde e acadêmicos comprometidos com a reforma psiquiátrica em países de língua portuguesa como o Brasil, Moçambique, Cabo Verde e Portugal. Os trabalhos relatam experiências exitosas nos avanços na assistência em saúde mental, bem como problematizam desafios a serem superados.

O primeiro capítulo, intitulado “Panorama da saúde mental - Cabo Verde”, de autoria de Ana Suzete Baessa Moniz, Damilton Emílio Correia Rodrigues e Odete Andrade Mota, brinda-nos com a história da assistência em saúde mental no país cabo-verdiano.

“A reabilitação psicossocial em Moçambique” é o título do segundo capítulo, das autoras Fazila L. J. Rebelo, Alexandra Melo e Yanisa Yusuf, que buscam problematizar avanços e desafios a serem superados na realidade de assistência psiquiátrica moçambicana.

O terceiro capítulo, “Percurso da desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal”, de autoria de Analisa Candeias, Francisco Sampaio e Carlos Sequeira, mostra um panorama do movimento de desinstitucionalização em Portugal, apontando novos desafios para a próxima década no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Heloísa Garcia Claro, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira e Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes são os autores que inauguram a discussão sobre as experiências brasileiras neste livro, com o quarto capítulo, intitulado “Indicadores da (contra) Reforma Psiquiátrica brasileira”. Os autores mostram, por meio de dados epidemiológicos, o movimento de contrarreforma psiquiátrica no Brasil, provocando outros estudos para a superação de retrocessos e o premente retorno ao movimento de luta que busca o cuidado antimanicomial.

O quinto capítulo, “Percalços da Reforma Psiquiátrica no Nordeste brasileiro”, de autoria de Magda Dimenstein, João Paulo Macedo, Ana Ca-

rolina Rios Simoni, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato, Natália Nogueira de Medeiros e Roberto Cirilo de Araújo Silva, analisa, de 2008 a 2018, o cenário de retrocessos e desmontes que a saúde mental no Brasil enfrentou e vem enfrentando, com os impactos psicossociais que a população sofre neste contexto de (des)assistência.

“Centros de Atenção Psicossocial: cuidado de adolescentes” emolduram o sexto capítulo deste livro, no qual as autoras Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Morena Chiara Riccio, Ana Paula Ferreira e Jacqueline de Souza apresentam práticas bem sucedidas no cuidado psicossocial de adolescentes usuários de substâncias psicoativas em um Centro de Atenção Psicossocial no interior do estado de São Paulo.

“Grupo Crianças Unidas: um relato de experiência”, de autoria de Valéria Cristina Chistello Coimbra, Clarissa de Souza Cardoso e Viviane Ribeiro Pereira, é o título do sétimo capítulo. Neste trabalho é problematizada a experiência de crianças que convivem com as vozes e tem suporte de um grupo de autoajuda mútua on-line, na perspectiva de trazer à tona a importância de espaços que validem as experiências destas crianças.

O oitavo capítulo, “Rede de atenção à saúde mental em zonas rurais”, é de autoria de Breno Augusto Souto Maior Fontes, Viviane Xavier de Lima e Silva, Paulo Henrique de Oliveira e Clarice Bezerra Paz. Neste capítulo, os autores discutem o papel da APS no contexto da saúde mental em cenários rurais.

Paula Hayasi Pinho, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes e Monique Araújo de Medeiros Brito dão nome ao nono capítulo: “Internato Saúde Mental em Redes/UFRB”. As autoras apresentam a experiência exitosa da construção de um internato em saúde mental não hegemônico no curso de Medicina na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

“Reabilitação Psicossocial: CAPS e oficina” é o título do décimo capítulo, de autoria de Adriana Leão e Weslane da Silva Santos, no qual as autoras problematizam a construção de itinerários de reabilitação psicossocial e de estimulação do protagonismo na visão de usuários de um serviço de atenção psicossocial numa cidade do Espírito Santo.

Os capítulos deste livro convidam e provocam o(a) leitor(a) a mergulhar nas produções de profissionais de saúde e acadêmicos do campo

da Reforma Psiquiátrica - em Cabo Verde, Moçambique, Portugal e em algumas regiões do Brasil - por meio de ensaios teóricos, revisões de literatura, relatos de experiência, pesquisas históricas, análises documentais e pesquisas de campo, a verificarem os avanços construídos na produção de saberes e práticas antimanicomiais.

Sumário

Prefácio

Luciane Prado Kantorski 13

Panorama da saúde mental - Cabo Verde

Ana Suzete Baessa Moniz, Damilton Emílio Correia Rodrigues,
Odete Andrade Mota 15

A reabilitação psicossocial em Moçambique

Fazila Latif Jodá Rebelo, Alexandra Melo,
Yanisa Yusuf 25

Percursos da desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal

Analisa Candeias, Francisco Sampaion,
Carlos Sequeira 41

Indicadores da (Contra)Reforma Psiquiátrica brasileira

Heloísa Garcia Claro, Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira,
Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes 61

Percalços da Reforma Psiquiátrica no Nordeste brasileiro

Magda Dimenstein, João Paulo Macedo,
Ana Carolina Rios Simoni, Mariana Tavares Cavalcanti Liberato,
Natália Nogueira de Medeiros, Roberto Cirilo de Araújo Silva 79

Centros de Atenção Psicossocial: cuidado de adolescentes

Janaina Cristina Pasquini de Almeida, Morena Chiara Riccio,
Ana Paula Ferreira, Jacqueline de Souza 99

Grupo Crianças Unidas: um relato de experiência

Valéria Cristina Chistello Coimbra, Clarissa de Souza Cardoso,
Viviane Ribeiro Pereira 115

Rede de atenção à saúde mental em zonas rurais

Breno Augusto Souto Maior Fontes, Viviane Xavier de Lima e Silva,
Paulo Henrique de Oliveira, Clarice Bezerra Paz 125

Internato Saúde Mental em Redes/UFRB

Paula Hayasi Pinho, Lidiane de Fátima Barbosa Guedes,
Monique Araújo de Medeiros Brito 145

Reabilitação Psicossocial: CAPS e oficina

Adriana Leão,

Weslane da Silva Santos 161

Os(as) autores(as) 177

Prefácio

Luciane Prado Kantorski¹

Falar sobre a reabilitação psicossocial é sempre um privilégio reflexivo, uma tarefa permeada por desafios, criticidade e esperança.

É sobre este tema que se debruçam os autores deste livro, reunindo experiências exitosas no campo da Reforma Psiquiátrica no Brasil, e em países lusófonos como Portugal, Moçambique e Cabo Verde, nos instigando ao exercício crítico reflexivo dos caminhos percorridos até então.

A reabilitação nasce na década de 1940, nos Estados Unidos, a partir dos encontros de ex-pacientes de hospitais psiquiátricos chamado “We are not alone (WANA)” que recebeu auxílio da Fountain House, um clube social para os ex-internos, organizado por um grupo de mulheres. Ao longo de sua trajetória, a reabilitação foi sendo atravessada de amadurecimento, enfrentamento de barreiras e se reconfigurando conforme a realidade de cada país.

A Organização Mundial de Saúde enfatiza no seu conceito de reabilitação psicossocial as ações que visam facilitar a vida daqueles que são atravessados por um sofrimento psíquico, de modo a atingir o melhor funcionamento possível na comunidade, priorizando as escolhas dos indivíduos.

Podemos constatar que ao longo do tempo a reabilitação psicossocial continua tendo que enfrentar o problema comum do isolamento social destas pessoas. Pois, para além dos serviços, existe a questão cultural que permeia a sua implementação.

Como sabiamente disse Franco Basaglia, em suas Conferências no Brasil, “não existem pessoas normais e anormais, mas homens e mulheres com pontos fortes e fracos, e é papel da sociedade fazer com que todos se sintam livres e que ninguém se sinta sozinho”².

¹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem – EERP/USP. Professora titular da Universidade Federal de Pelotas.

² BASAGLIA, Franco. *Psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da Prática*, 1979, p. 158-158.

A reabilitação psicossocial trata do desafio de ajudar as pessoas em sofrimento psíquico a determinar objetivos, metas, redefinir seus papéis na família, comunidade, trabalho e definir os objetivos que gostariam de alcançar. Parece simples, no entanto, é um trabalho extremamente complexo que precisa articular indivíduos em sofrimento, profissionais, serviços, gestores, políticas, comunidade.

Neste caminho de implementação de práticas de reabilitação, não é incomum encontrarmos reprodução de práticas manicomiais, silenciamento das pessoas em sofrimento, profissionais que não reconhecem o direito de escolha do outro, serviços de saúde que mudam o local, mas sua orientação reproduz práticas que já deveriam estar superadas.

Convido você, leitor/leitora, a apreciar cada capítulo e buscar com seu olhar crítico/reflexivo transitar por este caminho mágico que só a leitura proporciona, conhecendo as experiências exitosas relatadas neste livro e identificando nos diferentes *settings* para reabilitação maneiras de habitar, existir e ser neste mundo.

Boa leitura!

Primavera de 2021.

Panorama da saúde mental - Cabo Verde

*Ana Suzete Baessa Moniz
Damilton Emílio Correia Rodrigues
Odete Andrade Mota*

Introdução

A reforma psiquiátrica é um processo multifacetado e muito mais complexo do que uma simples reorganização dos serviços de assistência em saúde mental, ela vai além do campo da psiquiatria enquanto um saber-fazer especializado (Fonte, 2013). Ela se configura como um processo político e social complexo, composto de vários atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em diferentes territórios, como estados, municípios, comunidades, universidades, serviços de saúde, associações, pessoas com transtornos mentais e seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios sociais e da opinião pública (Brasil, 2005). Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos, avanços e desafios (Brasil, 2005).

Nesta perspectiva, Cabo Verde, sendo um pequeno país insular situado no Oceano Atlântico, ao largo da Costa Ocidental Africana, constituído por dez ilhas que se integram em dois grupos, o de Barlavento, ou seja, ao norte (Santo Antão, S. Vicente, Santa Luzia, S. Nicolau, Sal e Boa Vista), e o de Sotavento (Maio, Santiago, Fogo e Brava), que se alinham ao sul do país (Cabo Verde, 2013), na condição de arquipélago com nove ilhas habitadas, enfrenta alguns desafios em relação ao tratamento das pessoas com transtornos mentais. Isso ocorre porque ainda prevalece o modelo de assistência biomédica. No entanto, Cabo Verde caminha a passos firmes para alcançar a reforma psiquiátrica, que já é uma realidade em vários países do mundo.

A história de Saúde Mental em Cabo Verde apresenta duas etapas. A primeira, antes da independência, em que os utentes recebiam cuidados rudimentares e, após a independência, com a introdução de novas diretrizes do Ministério da Saúde no sentido de humanizar a assistência para as pessoas com transtornos mentais no país. No que se refere aos dados epidemiológicos sobre doença mental em Cabo Verde, não se dispõe de informações regulares sobre a questão. O último levantamento estatístico e estudo epidemiológico dos transtornos mentais foram realizados nos anos de 1988/89 (Cabo Verde, 2009).

Ao longo dos anos ocorreram alguns progressos importantes em termos de saúde mental, que foram desenvolvidos pelo Estado, tais como a elaboração de um plano estratégico nacional para saúde mental, aprovação de leis, formações e capacitações de profissionais de saúde, colocação dos psicólogos nas Delegacias de Saúde e psiquiatras nos hospitais regionais. Apesar desses progressos, muito ainda precisa ser feito para melhorar a assistência para as pessoas com transtornos mentais no país.

A legislação, até então, está pautada na concessão de valores para que os utentes psiquiátricos recebam tratamento em uma ala específica dos hospitais gerais, no entanto, não garantem a assistência necessária e integral à pessoa com transtorno mental e seus familiares. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011), na região africana, 3,4% das doenças são atribuídas aos transtornos mentais e estima-se que cerca de 80% das pessoas que sofrem com transtorno mental não recebem qualquer tipo de tratamento.

Para o país alcançar a Reforma Psiquiátrica, a reabilitação psicossocial e a desinstitucionalização, é preciso o reposicionamento epistemológico da doença mental, situando-a nas relações entre a pessoa e o mundo, a fim de “desconstruir/construir o cotidiano das instituições, da sociedade, da pessoa com transtorno mental e sua família” (Braga; Farinha, 2018). O Sistema de Saúde cabo-verdiano adota um conceito ampliado de saúde e inclui em suas prioridades o cuidado à saúde mental. Entretanto, este estudo pressupõe examinar, de forma sucinta, a estruturação e transformações das políticas de saúde mental no país, desde os seus primórdios até o período atual.

Este trabalho tem caráter exploratório, baseado em fontes secundárias e em trabalhos de terceiros. O foco da análise são as transformações da saúde mental em Cabo Verde, as políticas/programas e o modelo de assistência às pessoas com transtornos mentais. As bases de dados consultadas foram a Biblioteca virtual de Cabo Verde e documentos do Ministério da Saúde daquele país.

Os documentos consultados foram:

- a. Plano Nacional de Saúde (2007-2020);
- b. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2009-2013);
- c. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário (2012-2016);
- d. Lei n.º 37/2013 – Princípios Gerais da Saúde mental que regula o internamento Compulsório; e
- e. Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2020 – 2024).

Com a leitura e análise dos documentos foram construídas e desenvolvidas as seguintes temáticas:

História – saúde mental

O tratamento às pessoas com transtornos mentais no período antes da independência de Cabo Verde consistia na utilização da eletroconvulsoterapia, que incidia em convulsões induzidas na atividade cerebral por meio de passagem de corrente elétrica. Além dessa terapia, eram utilizados dois principais psicofármacos: o clorpromazina e a prometazina (Cabo Verde, 2009). Os profissionais que atuavam no processo de tratamento das pessoas com transtornos mentais eram enfermeiros sem qualquer especialização e ajudantes de serviços gerais, sem formação e qualificação na área da saúde. A avaliação médica psiquiátrica era realizada de dois em dois anos por um psiquiatra que se deslocava de Portugal para Cabo Verde (Cabo Verde, 2009). Em detrimento dessa realidade, a assistência era do tipo asilar, sem qualquer enquadramento de pessoal qualificado (Gomes, 2008 *in* Ferreira, 2014).

Posteriormente, os cuidados hospitalares para as pessoas com transtornos mentais passaram a ter uma característica ligada à comunidade terapêutica (Ferreira, 2014). Foi no ano de 1976, após a independência, com a reestruturação do serviço de psiquiatria, que o país passou a ofer-

tar um tratamento mais humanizado às pessoas com transtornos mentais, com o fim do tratamento de eletroconvulsoterapia e a introdução de novos psicofármacos, a criação do Centro de Psiquiatria Comunitária na localidade de Trindade, com uma equipe multidisciplinar constituída por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros psiquiátricos, serventes e cozinheiros (Cabo Verde, 2009). Ainda segundo o Plano Estratégico de Saúde Mental (2009) do Ministério da Saúde, a criação deste centro preconizava as seguintes funções: preventiva (despistagem), curativa (tratamento, internamento), reabilitação, educativa (educação sanitária), didática (formação do pessoal de saúde), administrativa e de saneamento (Cabo Verde, 2009).

O Centro de Psiquiatria Comunitária localiza-se na Trindade, há 10 km da cidade da Praia, em local pouco acessível para a população, e hoje é um serviço de extensão do Hospital Central Dr. Agostinho Neto, referência para as patologias de foro mental em todo o território nacional, que recebe utentes das diversas ilhas do país, exceto da ilha de São Vicente. Além do centro psiquiátrico localizado na Praia, capital do país, existem em outras ilhas, como São Vicente, uma enfermaria de doentes agudos no Hospital Batista de Sousa, no hospital regional João Morais na ilha de Santo Antão e, também, no Hospital Regional da Ilha do Fogo. Na cidade do Mindelo, em São Vicente, existe um Centro de Terapia Ocupacional (CTO), que antes se localizava na zona da Ribeira de Vinha, também em local de difícil acesso. Atualmente encontra-se perto do Centro de Saúde e da comunidade de Bela Vista. Na cidade da Praia existe uma comunidade terapêutica para tratamento de toxicod dependentes, antes sob a tutela do Ministério de Justiça, atualmente sob responsabilidade do Ministério de Saúde. Esse histórico mostra a evolução do país na prestação de cuidados às pessoas com perturbações mentais.

Modelo de assistência

No que se refere aos dados epidemiológicos, o primeiro (e último) levantamento estatístico e o estudo epidemiológico nacional dos transtornos mentais foram realizados há mais de 30 anos, entre 1988 e 1989. Na ocasião, constatou-se a prevalência de transtornos mentais de 4,3 em cada

mil pessoas, quando o país tinha pouco mais de 337 mil habitantes, segundo o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2009). Na atualidade, o Ministério da Saúde elabora anualmente os Relatórios Estatísticos, nos quais são disponibilizados os dados referentes à doença mental. O Relatório Estatístico de 2017 apontou que os transtornos mentais, comportamentais e substâncias psicoativas estão entre as principais causas de internamento nos hospitais centrais do país, o Hospital Agostinho Neto (HAN), em Praia, e Hospital Dr. Baptista de Sousa, em Mindelo.

Em 2016, foi constatado que os transtornos mentais e comportamentais foram a quinta causa de internamento no serviço de psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto (SPET-HAN), com 396 internações, sendo 124 de homens e 272 de mulheres. No ano de 2017, os transtornos mentais e comportamentais mantiveram-se na mesma posição, porém, o número de internações aumentou para 455, sendo 326 de homens e 129 de mulheres, totalizando, nos dois anos, 851 internamentos. Quanto à taxa de ocupação, em 2016, o Serviço de Psiquiatria - Extensão Trindade ocupava o segundo lugar, com 92%; em 2017 estava na terceira posição, com 85%, em comparação com outros serviços. Em relação ao tempo médio de internação, em 2016 foram 36 dias, em 2017 diminuiu para 32 dias (Cabo Verde, 2018).

Em Cabo Verde prevalece o modelo misto hospitalocêntrico/comunitária em relação à assistência às pessoas com transtorno mentais. Apesar de hipoteticamente seguirmos as diretrizes internacionais para reforma psiquiátrica, o modelo de assistência é ainda biomédico, baseado essencialmente num tratamento medicamentoso. As condições de insularidade normalmente são vistas como aspetos que dificultam as ações dos profissionais cabo-verdianos, no entanto, quando se trata de transtornos mentais, a ausência de hospitais em algumas das ilhas, proporciona aos utentes, na sua maioria, que sejam assistidos nas suas comunidades, junto das suas famílias, através dos centros e delegacias de saúde.

Este tipo de assistência é atribuído como resposta para a população que não tem acesso ao hospital central. Assim, as ilhas que não possuem hospitais centrais e profissionais especializados, são as que melhor tendem a responder ao modelo de assistência recomendado. Na região

do Barlavento, estes cuidados são supervisionados pelos psiquiatras do hospital central, atualmente via telemedicina, telefone e, por vezes, presencialmente. Então, podemos dizer que em Cabo Verde não existe uma harmonização de prestação de cuidados em saúde mental, em virtude das condições particulares de cada ilha e que, no entanto, temos uma resposta de assistência que, em parte, se enquadra no modelo atual para as pessoas com transtornos mentais.

O hospital psiquiátrico Trindade é o hospital de referência para todo o país na assistência a pessoas e famílias com transtornos mentais. Além do atendimento prestado pelas equipas do hospital Trindade, há alguns anos foi iniciado um trabalho de abordagem da saúde mental na saúde pública através da colocação de psicólogos nas principais Delegacias de Saúde do país, ou seja, na atenção primária (Cabo Verde, 2009). No entanto, de forma generalizada, podemos dizer que em Cabo Verde a atuação ainda está focada em situações agudas de doença e pouco investimento em termos de prevenção e reabilitação. Pode-se dizer, ainda, que possui estrutura e profissionais para dar resposta, porém, há a necessidade de melhorar a organização e a execução nas respostas para as necessidades das pessoas com transtornos mentais e sua família.

Em relação aos cuidados primários, Cabo Verde apresenta uma rede de cuidados bem descentralizada. Em todos os Conselhos do país existe um ou mais Centros de Saúde com presença de médicos clínicos gerais, alguns especialistas e de enfermeiros gerais. Estas estruturas, que constituem as chamadas Delegacias de Saúde, são consideradas as portas de entrada para o sistema de saúde do país e devem garantir o atendimento das populações de uma determinada área geográfica (Cabo Verde, 2012).

Por outro lado, a referência e contrarreferência, ou seja, articulação entre os diferentes níveis de prestação de cuidados, são precárias e as diretrizes nesta matéria são quase inexistentes. Cada vez mais se vê os profissionais de saúde trabalhando para uma atenção integrada aos utentes, contudo, sente-se uma necessidade de articulação entre as diferentes classes profissionais que atendem o utente. Este aspecto também dificulta uma melhor abordagem e, conseqüentemente, melhor resultado. Verifica-

-se, também, a inexistência de programas de capacitação e de supervisão em matéria de saúde mental (Ferreira, 2014).

Quando uma pessoa com transtorno mental procura os centros de saúde, geralmente é encaminhada para a consulta de psiquiatria no hospital Trindade, para avaliação e tratamento. Muitas vezes, esses utentes continuam a ser acompanhados nos Serviços de Psiquiatria, por falta de capacidade de assegurar o seguimento e a continuidade do tratamento na atenção primária. Tudo isso faz com que os cuidados de saúde mental sejam prestados quase de forma centralizada e por profissionais dos Serviços de Psiquiatria, ou que acabem por nem ser prestados, o que faz com que o déficit de tratamento seja grande (Ferreira, 2014).

Contudo, essa realidade tem mudado. Recentemente, a partir do despacho n.º 26/2020 do Ministério de Saúde, no dia 14 de outubro de 2020, determinou-se que deverá ser feita a descentralização das consultas de psiquiatria e de psicologia para os centros de saúde, devido à realização de obras de reabilitação profundas nas instalações do Serviço de Psiquiatria da Extensão Trindade do Hospital Agostinho Neto (SPET-HAN). Tais obras impossibilitam a permanência dos utentes e familiares nesse serviço, e como forma de garantir o acesso, a qualidade e a continuidade dos cuidados de psiquiatria e saúde mental, o SPET-HAN deverá descentralizar os atendimentos, em coordenação com a Delegacia de Saúde da Praia.

A partir desse despacho e, depois de terem garantidas todas as capacidades logísticas e profissionais, as consultas de psiquiatria nos centros de saúde iniciaram no final do mês de novembro de 2020. Cada centro de saúde tem a responsabilidade de garantir as consultas de psiquiatria para as pessoas com transtornos mentais da sua área de cobertura uma vez por semana, tanto consultas de psiquiatria como de psicologia.

Em relação à assistência das pessoas com transtornos mentais, nos Hospitais Regionais e Centrais, que são estruturas de saúde vocacionadas para os cuidados secundários e terciários, existe o Hospital Regional da Ribeira Grande, na Ilha de Santo Antão, que, praticamente por iniciativa local, abriu uma pequena unidade de Saúde Mental. Os três outros Hospitais Regionais, que se localizam nas ilhas de Sal, Santiago Norte e São Filipe ilha do Fogo, assim como os Centros de Saúde nas ilhas onde não há hos-

pitais, não têm nenhum serviço organizado de psiquiatria, nem espaço de internamento para as pessoas com transtornos mentais, porém, dispõem de um psiquiatra que se desloca para diferentes delegacias a fim de fazer o atendimento das pessoas com transtorno mental de forma ambulatorial. Em caso de necessidade, ficam em observação até o encaminhamento para os Hospitais Centrais.

Quanto aos Hospitais Centrais, o país dispõe de 2 (dois), sediados nas duas principais cidades de Cabo Verde (Praia e Mindelo) e funcionam como centros de referência para as ilhas do Sul e do Norte, respectivamente. Cada Hospital Central, para além de outros serviços, tem um Serviço de Psiquiatria, com capacidade de internamento, sendo de 12 leitos no Hospital Baptista de Sousa (Mindelo) e 40 no Hospital Agostinho Neto (Praia).

Em relação aos programas elaborados pelo Ministério da Saúde desde 1988, o país possui um programa de Saúde Mental com os seguintes objetivos: permitir a cada pessoa com transtorno mental o acesso ao tratamento psiquiátrico, promover ações de prevenção das doenças mentais, formar e sensibilizar os profissionais dos cuidados primários de saúde, assim como todos os que trabalham na prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais.

Entre 2009 e 2013 foi elaborado e aprovado o único “Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental”, que assumia sete (7) Eixos Estratégicos, nove (9) que assentavam em sete (7) Objetivos Gerais e 28 Objetivos Específicos - operacionalizados através de 25 Estratégias de Intervenção e Linhas de Ação. O Plano Estratégico Nacional para Saúde Mental (2009-2013) não chegou a ser implementado e, desde então, não foi elaborado qualquer outro documento estratégico para a saúde mental, porém, houve alguns progressos importantes na saúde mental, tais como o desenvolvimento do Plano Estratégico multissetorial de Combate aos Problemas Ligados ao Álcool (2016-2020); Nova Lei do Álcool (Lei n.º 51/IX/2019) e da campanha de prevenção do uso abusivo do álcool “Menos Álcool, Mais Vida”; aprovação da lei de internamento compulsivo, colocação de psicólogo na atenção primária, nos centros de saúde, a colocação de um psiquiatra em todos os hospitais regionais e a criação de equipe para visitas domiciliares.

Recentemente, foi elaborado o Plano Estratégico Nacional para a Saúde Mental (2020-2024), tendo como objetivo geral promover a saúde mental ao longo do ciclo vital da pessoa, assegurar e garantir os direitos humanos e a dignidade das pessoas com problemas de saúde mental, através da melhoria dos serviços existentes, dar formação, treinamento e integração de pessoal qualificado e da articulação com outros setores, governamentais e não governamentais. O PENSM20/24 pretende estar alinhado com os objetivos e os indicadores definidos nos compromissos estabelecidos em nível nacional, regional e mundial. Os esforços para alcançar os objetivos do desenvolvimento sustentável e o progresso em direção as 17 metas pode impactar a saúde mental.

Considerações finais

Através do percurso de saúde mental em Cabo Verde podemos ver que houve grandes avanços nos cuidados de saúde mental no país, o que se traduz em colocação de psiquiatra nos hospitais regionais que se deslocam semanalmente às Delegacias de Saúde, como também de psicólogos, introdução de novos psicofármacos, criação de leis e elaboração de programas. Perante este cenário, ainda apresentamos algumas fragilidades no que diz respeito a estes últimos (leis e programas), que precisam ser materializados a fim de melhorar os cuidados de saúde mental, e a criação de planos de formação para os profissionais que trabalham nesta área e supervisão dos mesmos.

Apesar destes avanços, temos muito caminho a percorrer para alcançarmos a tão falada Reforma Psiquiátrica, juntamente com a mudança no modelo de tratamento que, atualmente, é diferente em cada uma das regiões (ilhas do Norte e ilhas do Sul) do país, que deve ser unificado, além da criação de estrutura de apoio nas comunidades para utente e família.

Referências

BRAGA, T. B. M.; FARINHA, M. G. Sistema único de saúde e a reforma psiquiátrica: desafios e perspectivas. **Revista da Abordagem Gestáltica**, v. XXIV, n. 3, p. 366-378, set./dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde**. 2007.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Nacional para Saúde Mental**. 2009.

CABO VERDE. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016**. 2012.

CABO VERDE. Ministério do Ambiente, Habitação e Ordenamento do Território. **Systematic Inventory Evaluation for Risk Assessment - SIERA**. Relatório Final - Cabo Verde. 2013.

CABO VERDE. República de Cabo Verde. Lei n.º 37/VIII/2013, de 7 de agosto. Série I de 2019-08-07, n.º 39/2013. **Onde está publicada**. 2013.

CABO VERDE. Instituto Nacional de Estatística. **Anuário Estatístico**. 2018.

FERREIRA, D. S. **Avaliação das necessidades, incapacidade, qualidade de vida e satisfação com os serviços de indivíduos com esquizofrenia em Cabo Verde**. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa Faculdade de Ciências Médicas, 2014.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, v. 1, n. 18, 2013.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Consulta Ministerial da Região Africana da OMS sobre Doenças Não Transmissíveis acolhida em Brazzaville pelo Escritório Regional da OMS em 4 de abril**. 2011.

A reabilitação psicossocial em Moçambique

*Fazila Latif Jodá Rebelo
Alexandra Melo
Yanisa Yusuf*

Introdução

Moçambique é um país que possui 45 anos de independência e que ainda se encontra em construção da sua identidade (Yusuf, 2018). As primeiras ações em direção a um visível crescimento no campo da saúde mental podem ser notadas em 1979, quando a primeira psiquiatra moçambicana, Custódia Mandlate, elaborou um Programa de Saúde Mental em nível nacional que, somente em 1990, foi aprovado. A partir de então surgiram estratégias e planos de ação em todo o país. Santos (2011) refere que, após a independência, em 1975, o precursor da Reforma Psiquiátrica, Franco Basaglia (1924-1980), médico e psiquiatra italiano, esteve em Moçambique e difundiu suas visões sobre a Psiquiatria Social. Estas foram adotadas pelo primeiro governo que se propôs acabar com os asilos e desenvolver residências alternativas com serviços dentro das comunidades, que colocam o sujeito na sociedade.

Foram encerradas duas das principais unidades de tratamento psiquiátrico (Hospital do Benfica, atual Centro Regional de Desenvolvimento Sanitário (CRDS) e o Asilo de Marracuene). Os pacientes, que por diversas razões não puderam integrar as suas famílias, foram transferidos para os hospitais psiquiátricos do Infulene de Maputo e de Nampula, dando assim indícios de uma mudança de paradigma centrado simplesmente no enclausuramento. Contudo, Santos (2011) refere que os recursos humanos, a estruturação e a organização da saúde mental eram deficitários nessa época, o que ocasionou maior dificuldade na implementação deste modelo.

A mesma autora pontua que, com as várias ações que têm sido implementadas pelo Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM), já se percebe a existência de uma base que pode ser considerada uma mais valia para a reforma dos sistemas psiquiátricos em Moçambique, isto é, o De-

partamento de Saúde Mental contempla, desde 2015, serviços de psiquiatria e Saúde Mental (SM) e Apoio Psicossocial de qualidade, como um dos objetivos principais (Santos *et al.*, 2018). Atualmente, a atenção no campo das perturbações mentais foca numa abordagem inovadora e nos cuidados primários, podendo afirmar-se que existe uma cobertura para a área da saúde mental, em âmbito nacional, com um aumento significativo de recursos humanos e infraestrutura, assim como a expansão dos serviços de saúde mental para todos os distritos, o que possibilitou uma redução na lacuna de diagnóstico e tratamento das perturbações mentais.

Mesmo assim, o acesso aos serviços de saúde do Sistema Nacional de Saúde (SNS) é restrito principalmente nas áreas rurais, onde se concentra o maior número da população e cuja busca pelo cuidado da saúde se dá em modelos de atendimentos não ocidentalizados, nomeado no país por medicina tradicional. Nesta lógica, não se busca apenas a cura e a recuperação dos sintomas físicos, mas sim um equilíbrio entre paciente, ambiente cultural e mundo espiritual, através de práticas holísticas que envolvem fitoterapia e espiritualidade. Essas crenças não estão associadas a nenhuma religião, como acontece no Brasil, são práticas tradicionais da cultura africana (Yusuf, 2018).

Em Moçambique, não existe uma lei que defenda os direitos das pessoas com perturbações mentais e o financiamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde para este setor é menor que 1%. No entanto, consideram-se os esforços já feitos para existir, hoje, uma estrutura mais organizada neste campo, com um enfoque para os modelos biomédicos. Seria o caso de se pensar mais uma vez numa transformação desse paradigma, sustentado em abordagens que deslocam o lugar de doença e colocam o sujeito para ser visto como tal, e a partir daí se constroem projetos focados nesse novo paradigma, que ampara o sujeito e a sua família e lhes transmite o conhecimento sobre sua situação, convocando-o a participar sem a única ilusão da cura.

Durante uma visita feita ao Hospital Psiquiátrico do Infulene (HPI), tendo-se observado a intervenção não medicamentosa realizada com os pacientes no geral, surgiu a curiosidade de aprofundar como eram postas em prática as atividades com foco psicossocial destes pacientes, por com-

paração com a experiência vivida na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), na cidade de Porto Alegre, no Brasil, na qual se fez um acompanhamento do Programa de Residências da Saúde Mental, durante quatro semanas no ano de 2019.

Nesta experiência, observou-se o tratamento e acompanhamento multidisciplinar que é oferecido aos pacientes psicóticos. Verificou-se que esses modelos são amparados nos ideais da reforma psiquiátrica, em que os saberes psicanalíticos são grande referência no resgate da escuta, tanto para os modelos clínicos, como para a atuação no campo da atenção social e cultural dos pacientes. As contribuições da psicanálise para o movimento reformista foram fundamentais numa concepção de que os pacientes têm o que dizer sobre si.

De acordo com Calado (2016), estas práticas poderiam dar grandes contributos para a melhoria dos serviços de atendimento a sujeitos com perturbações mentais, pois são voltadas para o sujeito e sua singularidade, podendo ser adotadas por qualquer realidade desde que sejam satisfeitas as condições socioculturais, político-estratégicas, infraestruturais, financeiras e técnico-profissionais.

A psicanálise propõe um acolhimento do sujeito e da sua singularidade, dando a possibilidade de uma direção para o seu sintoma e construção subjetiva por meio das artes, que muito podem contribuir para esse efeito, de tal forma que a proposta não seria a cura na mesma perspectiva médica. A psicanálise apresenta a psicose como uma estrutura do sujeito, ou seja, que não pode ser neurotizada, não existindo cura como tal.

Aproveitando que começa a surgir em Moçambique um movimento psicanalítico com um olhar direcionado para a sociedade no seu contexto mais amplo, considerou-se interessante, numa perspectiva de intersecção entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise, averiguar como Moçambique proporciona a reabilitação psicossocial das pessoas com psicose, a partir da análise deste processo no Hospital Psiquiátrico do Infulene (HPI), localizado na cidade de Maputo.

Entende-se que esta pesquisa nos ajuda a pensar, dentro do contexto moçambicano, formas de poder enriquecer os modelos existentes, com base em abordagens que buscam por uma escuta. Como dizem Rinaldi et

al. (2008), escutar é estar disponível a receber toda a criação do sujeito, seja ela verbal ou não verbal, seja uma coisa que ele pinte ou fale, seja um futebol que ele jogue. Enfim, qualquer linguagem com a qual se expresse. Esta realidade poderá beneficiar o olhar atento dos profissionais da saúde mental numa perspectiva de ampliar a visão das suas práticas no acompanhamento de pacientes com perturbações mentais.

Psicanálise, psicoses e reabilitação psicossocial

A teoria psicanalítica foi criada no fim do século XIX por Sigmund Freud (1856-1939), médico neurologista, austríaco, que tinha uma visão biopsicossocial do ser humano e enfatizava os aspectos mentais inconscientes do sujeito através da fala em associação livre de ideias (Cesarotto; Leite, 1984). Freud formulou a teoria do inconsciente e, com os seus estudos, provou que este se encontra presente em todos os seres humanos. Estes estudos representam um marco histórico no campo da psicologia, pois permitiram entender grande parte das perturbações mentais não como doenças somáticas, mas como alterações pontuais da mente (Laplanche; Pontalis, 1990).

Antes dessa teoria, conforme Laplanche e Pontalis (1990), a psiquiatria era fortemente baseada em substratos biologistas. A abordagem de Freud permitiu reformular a psicologia unindo o plano orgânico, com este outro cenário, regido pelas forças da mente. Através da psicanálise, procura-se fazer uma investigação mais analítica dentro dos campos das afecções, permitindo entender grande parte das perturbações mentais. Foi ainda no século XIX que se elaborou a distinção entre os transtornos mentais, sendo que, nessa altura, todos os doentes eram colocados em asilos psiquiátricos. No final deste século, realizou-se essa distinção em dois grupos: a neurose e a psicose. A neurose passou a ser considerada como uma afecção relacionada com os nervos, pelo mau funcionamento do sistema nervoso, sem que apresentasse alguma lesão. Este grupo consultava o médico e já não era enviado para o asilo. Inversamente, a psicose era considerada uma afecção que alienava o indivíduo, isolando-o no asilo, que, segundo Monteiro (2013), eram grandes instituições com métodos de psiquiatria repressivos, de vivência sem significado, completamente excluí-

do e impossibilitado de rentabilizar esse tempo na aquisição de coisas que possuem valor.

Embora tenha deixado conteúdos para aprofundamento através do caso de Schreber, o foco de Freud eram os neuróticos, deixando os psicóticos dentro do asilo para os psiquiatras (Checchinato *et al.*, 1985). Por outro lado, Jacques Lacan, psicanalista francês, orientou os seus estudos de doutoramento em direção à psiquiatria em 1932, aprofundando-se sobre a psicose. Lacan resgatou a teoria do inconsciente no século XX, tendo sido um grande intérprete de Freud e apresentando, a partir dos seus estudos, o inconsciente que se estrutura como uma linguagem a partir dos registros do Real, do Simbólico e do Imaginário (Jorge, 2017).

Na perspectiva lacaniana, o neurótico é capaz de simbolizar através de suas fantasias quando o real lhe bate à porta, porque o Outro do neurótico é imaginário, ou seja, é inconsciente. No caso do psicótico, não se trata da fantasia e sim de delírio e alucinação, uma vez que se encontra fora do simbólico (Calado, 2016).

Dentro das psicoses, a psicanálise procurou definir diversas estruturas, sendo a paranoia (que inclui geralmente as afecções delirantes), a esquizofrenia, a melancolia e a mania, em que a maioria dos sintomas manifestos, nomeadamente os delírios, são tentativas de restauração do laço com o objeto, ao buscar um resgate de sentidos (Laplanche; Pontalis, 1990).

A partir deste aprofundamento na estrutura da psicose, em diferenciação com a neurose, é importante ressaltar que o espaço de escuta será construído de maneira diferente para os pacientes neuróticos e os pacientes psicóticos (Checchinato *et al.*, 1985). E, de acordo com Calado (2016), os psicóticos sofrem, assim como os neuróticos, de uma relação com a linguagem. Há um resgate da escuta e com isso a reinvenção dos espaços terapêuticos, com a valorização da singularidade no processo de escutar, olhar e ver o paciente. Tal movimento rompe com a rotina médica e entrevistas terapêuticas (Campos, 2001).

As abordagens de Freud e Lacan sobre a mente, portanto, influenciaram dentre outras correntes teóricas, o movimento antipsiquiátrico, o qual teve como precursor o psiquiatra italiano Franco Basaglia. A ideia principal deste movimento era defender os direitos humanos, a liberdade e resgatar

a cidadania de pessoas com transtornos mentais através da denúncia de manicômios como instituições repressivas. A proposta deste movimento, conforme o Ministério da Saúde a partir da Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Especializada e Temática (Brasil, 2015), é a construção de serviços substitutivos ao modelo “asilar” numa perspectiva de rede de serviços com estratégias territoriais e comunitárias nas quais se desenvolvem a vida cotidiana dos sujeitos com psicose e seus familiares.

A reabilitação psicossocial, de acordo com Guerra (2004), é considerada uma exigência ética que pode ser entendida a partir da construção do exercício pleno de cidadania e da contratualidade social em três cenários: casa, trabalho e rede social. A reabilitação psicossocial é trazida como um processo complexo que envolve diversas práticas, dentre elas o lugar da escuta, afirmado pela psicanálise, e a ética do cuidado em liberdade, conquistado pela reforma psiquiátrica (Guerra, 2004).

Guerra (2004) refere que as práticas terapêuticas nos últimos cem anos derivam somente de modelos clínicos, como sejam práticas de assistência com tendência à exclusão e ao descaso, sendo altamente insatisfatórias. A autora considera extremamente pobre a referência da palavra “clínica” utilizada para designar uma prática tão complexa e articulada entre si. Tal equívoco exclui, portanto, o sujeito da sua relação social.

Em contrapartida, a forma de incluí-lo pode ser encontrada na construção da noção de clínica ampliada. Ampliar a clínica é construir estratégias que possibilitem uma escuta do sujeito, integrando uma equipe de profissionais de diferentes áreas para cuidar e tratar. Checchinato *et al.* (1985) referem que os principais intervenientes deste processo de cuidado e tratamento dos pacientes psicóticos são o psiquiatra, o psicanalista ou o psicólogo e o terapeuta ocupacional. Os autores sugerem articular o trabalho clínico tendo em conta as especificidades de cada profissional que compõe o campo da saúde mental, devendo esta equipe trabalhar coordenadamente para o sucesso do tratamento.

Guerra (2004) compreende que a reabilitação psicossocial ainda é um campo em construção que mistura diferentes perspectivas. Os modelos sociopolíticos ou críticos levam em consideração as diversidades locais e os recursos disponíveis para se pensar no processo de reabilitação. Ou

seja, ultrapassam as normativas dos manuais e valorizam as realidades presentes, incluindo a participação dos sujeitos envolvidos nesse processo.

Descrevendo o caminho percorrido

A pesquisa orientou-se pela abordagem qualitativa de Lakatos e Marconi (2003) e a natureza do estudo classifica-se como aplicada, considerando que pretende gerar conhecimentos para uma aplicação prática, na solução de problemas específicos que poderiam ser identificados no campo de estudo ou objeto empírico.

Esta pesquisa decorreu ao longo do ano de 2020, tendo-se realizado, de janeiro a maio, a pesquisa bibliográfica, a recolha de documentos do hospital, constituídos por relatórios e planos de atividades, assim como algumas visitas para a familiarização da instituição e de seus colaboradores. De junho a julho decorreu a visita de campo para a recolha de dados, por um período de quatro semanas, nos locais da instituição onde acontecem as atividades de reabilitação psicossocial. De agosto a dezembro fez-se a análise do material recolhido e, para tal, recorreu-se à análise de conteúdo fundamentada por Silva e Fossa (2013), que a define como um conjunto de instrumentos metodológicos que se presta a analisar diferentes conteúdos, verbais e não verbais, podendo estes ser organizados em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, assim como a sua inferência e interpretação.

A delimitação do Hospital Psiquiátrico do Infulene como objeto empírico prende-se ao fato deste ser reconhecido como a unidade sanitária especializada em atendimento a pessoas com transtornos mentais na capital do país, e ainda por possuir uma equipa de profissionais experientes no tratamento e cuidado de pacientes com psicose.

A amostra da pesquisa é constituída pelo único Terapeuta Ocupacional (TO) envolvido no processo de reabilitação psicossocial e por profissionais de saúde mental que estão diretamente envolvidos no atendimento dos pacientes com psicose, quando se justifica a sua intervenção (2 psicólogos e 1 psiquiatra). Estes três profissionais eram os que estavam disponíveis no período de recolha de dados.

Em complemento a esses procedimentos, ainda para efeitos de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas ao terapeuta ocupacional que diretamente implementa as atividades de reabilitação psicossocial e aos 3 profissionais de saúde mental envolvidos diretamente no atendimento destes pacientes (os dois psicólogos e o psiquiatra referidos). O recurso à entrevista é fundamentado por Oliveira (2010), que defende ser uma técnica que permite a captação imediata e corrente da informação desejada. Foi efetuada, ainda, a observação direta das atividades realizadas pelo terapeuta ocupacional, com vista à reabilitação psicossocial, orientada para a tomada rigorosa de notas para posterior análise.

Apresentação da instituição

O Hospital Psiquiátrico do Infulene (HPI) é uma instituição hospitalar criada em 1957, localizada há aproximadamente 15 quilômetros da cidade de Maputo, no bairro do Infulene, cobrindo uma área de 153,55 km². É um hospital de referência do país no diagnóstico e tratamento de pacientes com perturbações mentais e, desde 2012, após a formação dos primeiros terapeutas ocupacionais, segue construindo atividades com vista à reabilitação psicossocial dos seus pacientes.

No HPI existem infraestruturas de alta qualidade, sendo a maioria delas devidamente equipada. Conta com uma morgue construída de raiz, que conforme referido por um dos inquiridos, se encontra inativa por não morrerem pacientes no HPI; vários espaços para os pacientes desenvolverem atividades interativas, como oficina de carpintaria com os equipamentos necessários (porém encontra-se encerrada por falta de um profissional dessa área para ensinar aos pacientes); uma oficina de corte e costura equipada com máquinas de costura e uma máquina para produção de sapatos (que também não está em funcionamento, por falta de materiais como linhas de coser e agulhas); uma sala de ginástica preparada com espelhos; uma sala onde acontecem palestras com grupos de pacientes toxicodependentes; e uma estufa de floricultura (inacabada). Pelo que conseguiu-se apurar, a maioria destas construções foi concebida numa proposta de oficinas, onde, para além de terapêuticas, os pacientes no geral teriam

a oportunidade de aprendizagens que lhes possibilitassem desenvolver competências para futuras atividades profissionais.

Existem outras áreas diretas de intervenção, assim como as vias de acesso para estas áreas, que se encontram em condições desfavoráveis de conservação, preservação e manutenção, como é o caso das enfermarias (femininas e masculinas) do edifício da terapia ocupacional, onde decorrem algumas atividades como:

- Atendimento individual para o caso de pacientes que necessitam de uma preparação para integração no grupo;
- Treinamento de Competências Sociais Básicas (TCSB), que compõe a aprendizagem de como dar atenção aos outros, ouvir o que o outro fala, aprender as expressões faciais e manter o contato visual na comunicação com o outro;
- Atividades de Vida Diária (AVDs), que compõem a aprendizagem da higiene pessoal e o cuidado com a aparência.

Adjacente ao mesmo edifício localiza-se a lavanderia do hospital, apresentada também como recurso terapêutico no plano de atividades do HPI com a proposta de desenvolvimento de competências profissionais dentro deste setor. Verificou-se que o hospital tem uma ala residencial para estadia alargada e alberga pacientes abandonados pelas famílias, entre eles pacientes psicóticos. Encontram-se cerca de 47 pacientes alojados neste espaço, segundo dados do mês de agosto de 2020.

Profissionais e pacientes do hospital

No hospital, existem cerca de 190 trabalhadores, segundo a Lista Nominal Geral dos Colaboradores do HPI, divididos entre as áreas administrativas e clínicas, trabalhadores estes que apresentam um perfil escolar diversificado. Em termos de equipe, os profissionais de psiquiatria são os mais requisitados. Porém, como foi referido por um dos inquiridos, sendo um lugar que atende pacientes do foro psiquiátrico, buscaram-se mais especialistas nessa área. Por esta razão, neste departamento encontram-se técnicos e especialistas nacionais e estrangeiros, o que gera oportunidade para trocas entre os profissionais deste setor, pertinentes no tratamento dos pacientes a partir de uma abordagem científica hospitalar. Na área de

psicologia existem profissionais licenciados, orientados a partir da abordagem cognitivo comportamental. Outra abordagem que sustenta os profissionais é a linha de psicoterapias breves, que se centraliza no principal problema do paciente de modo a alcançar resultados num tempo previsto.

No setor da reabilitação psicossocial, encontra-se um único profissional técnico de medicina e especializado na área de terapia ocupacional, que deve dar resposta à demanda hospitalar. Importa destacar que o setor de terapia ocupacional está integrado ao Departamento de Psicologia. As atividades orientadas por este profissional são embasadas nos princípios científicos hospitalares, ou seja, nas práticas da reabilitação psicossocial dos pacientes, assim, não se encontra presente a proposta psicanalítica.

Nos anos de 2018, 2019 e no primeiro semestre de 2020, verificou-se aumento do número de casos de pacientes com psicose. Dos pacientes atendidos em consulta externa (15.512 em 2018 e 16.767 em 2019), 929 e 1354, respectivamente, foram admitidos no hospital. Entre os pacientes internados, em 2018, 218 eram psicóticos, e em 2019 eram 341. Em 2020, ano que decorreu esta pesquisa, logo no seu primeiro semestre já tinham sido atendidos em consultas externas 12.220 indivíduos, dos quais 496 eram psicóticos. Este aumento leva-nos a pensar ainda mais na forte necessidade de criar estratégias mais efetivas para atender à demanda.

Observou-se no presente estudo que o HPI se apresenta estruturado segundo um modelo clínico, centrado em abordagens científicas hospitalares, ou seja, com um olhar mais direcionado para a cura ou para o sintoma em si, essencialmente com recurso a psicofármacos. Guerra (2004) alude que estas práticas que derivam somente de modelos clínicos são altamente insatisfatórias, considerando-se extremamente pobre a referência da palavra “clínica” para pensar uma prática tão complexa. De acordo com a mesma autora, tal prática exclui o sujeito ao invés de incluí-lo numa concepção de clínica ampliada. Ampliar a clínica é construir estratégias que possibilitem uma escuta do sujeito, pelos profissionais, que segundo Rinaldi *et al.* (2008), significa receber toda criação do sujeito, seja verbal ou não verbal, e uma equipe multiprofissional no acolhimento, cuidado e tratamento.

É notável o empenho do HPI para planificar atividades para acolher os pacientes, que vão ao encontro dos ideais da Reforma Psiquiátrica,

que defendem o sujeito em liberdade e atividades que possibilitam um tratamento e um cuidado mais humanista, se comparado aos modelos antes das reformas. É interessante perceber a sua adaptação ao contexto moçambicano, no entanto, a maioria dessas atividades não está de fato implementada. As atividades que decorrem de forma mais regular são: o atendimento individual, o Treinamento de Competências Sociais Básicas (TCSB) e as Atividades de Vida Diária (AVDs).

Conforme já explanado na apresentação da instituição, existem no hospital várias oficinas criadas para desenvolver atividades que poderiam proporcionar a reabilitação psicossocial dos pacientes, como estufa, floricultura, bijuteria, reciclagem de papel, jardinagem, carpintaria, atividades criativas expressivas e corte e costura que se encontram inativas. Verificou-se que estes espaços, quando eram implementados, estavam mais direcionados para ensinar habilidades profissionais aos pacientes e não, propriamente, como refere Campos (2001), para espaços terapêuticos com valorização da singularidade no processo de escutar, olhar e ver os pacientes. Na verdade, de alguma forma nota-se a proposta aliada à reforma psiquiátrica (preocupação de cuidar em liberdade), mas sem o enriquecimento das atividades de reabilitação psicossocial com a proposição de escuta do modelo da psicanálise.

Importa referir que estas intervenções estão dependentes apenas da disponibilidade do único profissional que lidera e atua no setor: o terapeuta ocupacional. Entende-se que a falta de profissionais para ensinar nas diversas oficinas e a indisponibilidade de materiais foram as principais causas mencionadas pelo terapeuta ocupacional para justificar a inatividade da maioria destes espaços.

Relativo à expectativa de cura dos pacientes do HPI, assim como os seus familiares, verificou-se que estes tendem a ser induzidos pelo serviço de psiquiatria a uma concepção de cura através do medicamento prescrito pelo médico psiquiatra. Foi possível constatar este fato através da observação de grandes filas para o atendimento com os profissionais de psiquiatria e, sobretudo, pela pouca adesão ao setor de reabilitação psicossocial, ou seja, os pacientes que fazem a medicação não seguem para este serviço de intervenção.

Por comparação com o atendimento na clínica da UFRGS (Brasil), onde se observa que a orientação do tratamento aos pacientes psicóticos feito com medicamento é uma das partes do tratamento que precisa ser complementada com as atividades desenvolvidas nos espaços de reabilitação psicossocial e reelaboradas com o psicanalista ou com o psicólogo, entende-se que seria fundamental que no HPI se apostasse neste modelo, investindo, por um lado, na sensibilização dos familiares e pacientes de que o tratamento vai além da ingestão de medicamentos e, por outro, que os psicólogos no HPI tomassem o lugar de facilitadores do processo de reelaboração.

No HPI verificou-se que, na maioria das vezes, os pacientes recebem do médico psiquiatra a alta hospitalar sem que os outros profissionais sejam informados antecipadamente. Uma das implicações da falta de coordenação efetiva em nível interprofissional é a existência de casos em que são planejadas atividades no setor da terapia ocupacional com certo número de pacientes, mas quando chega o momento da realização das mesmas, não há pacientes e este setor é obrigado a reprogramar as suas atividades com limitações para conseguir a resposta adequada dentro do desejável para o cumprimento do programa de reabilitação psicossocial.

Observa-se que no HPI é o médico psiquiatra quem também faz os encaminhamentos para outros profissionais, como os psicólogos e o terapeuta ocupacional. No entanto, o encaminhamento para o psicólogo é feito somente no caso de haver necessidade de avaliação da estrutura psicológica ou para dar seguimento após a alta hospitalar, mas não para trabalhar com os pacientes psicóticos numa via de reelaboração subjetiva. Neste processo, nota-se, ainda, uma aparente fraca colaboração de psicólogos no modelo terapêutico, apesar destes estarem em maior número em relação aos terapeutas ocupacionais.

No que foi possível observar, no atual funcionamento do setor, o encaminhamento para a terapia ocupacional pelos psiquiatras ocorre no caso daqueles pacientes psicóticos que se encontram compensados através dos medicamentos, ou seja, sem delírios ou alucinações, mas que têm problemas de socialização. Assim, cabe ao terapeuta ocupacional fazer a avaliação do paciente e ajudá-lo no componente socializante e no de-

sempenho de atividades cotidianas e cuidados com a aparência e higiene pessoal.

Considerações finais

Desenvolveu-se esta pesquisa com o objetivo central de fazer uma análise das estratégias de reabilitação psicossocial de pacientes psicóticos do HPI, numa interseção entre a reforma psiquiátrica e a psicanálise.

Pudemos apurar que o HPI criou várias atividades, até inovadoras, que constam nos seus planos, adaptadas ao contexto moçambicano, pensadas através dos modelos dos ideais da reforma psiquiátrica mas que, na sua maioria, não estão a ser implementadas, não somente pela falta de materiais e de profissionais suficientes, mas também, porque se entende ter o HPI uma visão centrada no modelo médico, ao utilizar a reabilitação psicossocial como um complemento do tratamento do paciente psicótico que facilmente se vê desvalorizado.

Com base na experiência observada no contexto brasileiro, percebeu-se que todos os profissionais (terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, educadores físicos, entre outros) devem fazer um acompanhamento coordenado e sistemático para o sucesso do tratamento. As atividades são criadas a partir de um plano terapêutico singular que envolve, para além do atendimento individual e medicamentoso, oficinas específicas para as necessidades de cada indivíduo, a partir da escuta dos seus desejos e aptidões, possibilitando assim a reconstrução do sujeito, e uma melhor qualidade de vida.

Acredita-se que, havendo maior coordenação e um trabalho multi e interdisciplinar no processo terapêutico dos pacientes psicóticos, de forma que cada um perceba a sua importância e o seu valor profissional (não havendo uma supremacia do médico psiquiatra), possibilitar-se-ia uma transformação e enriquecimento do atual paradigma com outras abordagens. Desta forma, entende-se que haveria sustentação ao processo terapêutico e revigoração das práticas já criadas pelo HPI.

Percebe-se, igualmente, que mais facilmente as famílias seriam conscientizadas para a importância das diferentes etapas do processo te-

rapêutico, valorizando-se o tratamento com o psicólogo e com o terapeuta ocupacional, como complemento ao tratamento psicofarmacológico.

Ao percebermos as oficinas como atividades de caráter terapêutico e de extrema importância para o tratamento dos pacientes psicóticos, consideramos que também os psicólogos podem fazer parte da construção e aplicação destas oficinas, enriquecendo o trabalho desenvolvido pelos terapeutas ocupacionais. Entende-se, ainda, que pode ser incentivada a integração de estagiários de ambas as áreas, formando equipes numa visão de multidisciplinaridade, permitindo um desempenho mais ampliado e efetivo no cuidado desenvolvido pela reabilitação psicossocial.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília, 2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf. Acesso em: 22 set. 2020.

CALADO, P. R. Sobre o delírio na psicose: a relação com o Grande Outro na paranoia e na esquizofrenia. **Stylus**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 99-107, jun. 2016. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-157X2016000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2020.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada—sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em debate**, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001.

CESAROTTO, O.; LEITE, M. P. de S. **O que é Psicanálise**. São Paulo: Editora Brasileira, 1984.

CHECCHINATO, D. *et al.* **A Clínica da Psicose**. Campinas: Papyrus, 1985.

GUERRA, A. M. Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, [s. l.], v.

7, n. 2, p. 83-96, jun. 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlpf/v7n2/1415-4714-rlpf-7-2-0083.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2020.

JORGE, M. A. **Fundamentos da psicanálise de Freud a Lacan - v. 3: A prática analítica.** [s. l.]: Zahar, 2017.

LAKATOS, E.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da Metodologia Científica.** 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2003.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. **Vocabulário da Psicanálise.** Lisboa: Editorial Presença, 1990.

MONTEIRO, A. P. **Do Asilo aos Cuidados Comunitários: Evolução da Enfermagem Psiquiátrica em Portugal-Modelos do cuidar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.**[Internet]; 2013, [13 abril 2014].

OLIVEIRA, C. L. de. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. **Travessias**, Cascavel, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <http://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/3122>. Acesso em: 30 out. 2020.

RINALDI, D. L.; CABRAL, L. H.; CASTRO, G. S. de. Psicanálise e reabilitação psicossocial: limites e possibilidades de articulação. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 1, abr. 2008. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812008000100013&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 07 jul. 2020.

SANTOS, P. F. **Avaliação dos serviços de Saúde Mental em Moçambique.** 2011. 63 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental Internacional) - Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal, 2011.

SANTOS, P. F. *et al.* Visão geral do sistema de saúde mental em Moçambique: reduzindo a lacuna de tratamento com uma estratégia de transferência de competências nos cuidados de saúde primários. **Revista PSIQUE**, Maputo, Moçambique, 2018.

SILVA, A. H.; FOSSA, M. I. **Análise de Conteúdo: Exemplo de Aplicação da Técnica para Análise de Dados Qualitativos.** Brasília, 2013. Disponível em:

<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/EnEPQ129.pdf>. Acesso em: 29 out. 2020.

YUSUF, Y. **20+1 Cartas Travessias em Direção a uma Psicanálise em Moçambique**. 2018. 59 f. Dissertação (Mestrado em Psicanálise clínica e Cultura) – Instituto de Psicologia, UFRGS, Porto Alegre, 2018.

Percursos da desinstitucionalização psiquiátrica em Portugal

*Analisa Candeias
Francisco Sampaio
Carlos Sequeira*

O século XIX

A doença mental foi sempre alvo de alguma curiosidade e apresentou, desde os tempos antigos, uma relação estreita com as questões espirituais e religiosas. Os estudos sobre a assistência na realidade medieval portuguesa são ainda escassos, um pouco devido ao número reduzido de fontes que chegaram até nós dessa época e, igualmente, devido à dificuldade que as mesmas apresentam na sua leitura e interpretação.

No entanto, já existem mais estudos inerentes aos tempos modernos, uns centrados no Hospital Real de Todos os Santos (Abreu, 2008) e outros centrados nos hospitais das diferentes cidades do país, como por exemplo, Braga, Penafiel ou Coruche (Araújo, 2015; Fernandes, 2015; Correia, 2016). Ainda assim, as pesquisas realizadas no âmbito específico da assistência dos alienados no período moderno são igualmente parcas, abundando apenas um pouco mais se avançarmos nos anos e tivermos em atenção a primeira centúria da época contemporânea, tempo esse profícuo relativamente a essa assistência tão particular (Lopes, 2017; Esteves, 2019).

Sabemos, hoje em dia, que a assistência dos alienados no período moderno era realizada de uma forma parcamente preparada, sendo esses doentes internados em enfermarias gerais dos hospitais, colocados em prisões ou deixados a vagar pelo país (Esteves, 2012). Todavia, sabemos igualmente que existia no país uma enfermaria exclusiva para acolher os alienados no Hospital Real de Todos os Santos, embora as questões da loucura fossem também associadas a questões espirituais, ao pecado e ao comportamento desviante (D'Oliveira, 1755; Lemos, 1899). Habitualmente, nos hospitais modernos, quando as pessoas eram internadas tinham de

ser submetidas a dois tipos de tratamento, físico e espiritual, sendo este último praticado usualmente pelo capelão que exercia funções nessas instituições – e os alienados não eram exceção a estes recursos terapêuticos (Correia, 2016; Araújo, 2017).

A assistência dos alienados em Portugal foi ganhando contornos mais claros durante os anos de oitocentos, alavancada pelas experiências e viagens que diversos médicos fizeram durante esse período, como por exemplo, Bernardino António Gomes, que percorreu a Europa visitando asilos e hospitais para alienados (Gomes, 1999), tendo em vista uma maior preparação para auxiliar na abertura de um desses estabelecimentos em terras lusas. De fato, viu-se, na transição do século XVIII para o século XIX, a uma transformação na forma de assistir os alienados, muito marcada pelos ideais que vinham da Revolução Francesa, e que visava à *libertação* dos alienados, ou seja, apontava para que estes doentes fossem tratados como tal, com um problema de saúde e, por isso, suscetíveis de serem expostos a um tratamento dirigido às causas da sua alienação, removendo-se as grilhetas que lhes eram colocadas e retirando-se os mesmos das celas onde eram mantidos – tanto em sentido figurado como em sentido literal.

Como pessoas que eram, os alienados tinham direitos e, assim, deviam ser tratados com dignidade e igualdade, dando a eles a liberdade que mereciam, sendo até o *no-restraint* defendido por alguns alienistas, embora em Portugal essa política não tivesse apresentado grande sucesso durante o século XIX. Não foi apenas Philippe Pinnel o incitador dessa transformação, mas podemos também apontar outras figuras de destaque na mesma, como os ingleses William e Samuel Tuke, o toscano Vincenzo Chiarugi ou Joseph Daquin, que exerceu a sua ação em França, tal como Pinnel (Pichot; Barahona Fernandes, 1984; Araújo, 2007).

Estas influências acabaram por chegar a Portugal, ainda que com algum atraso, visto que o primeiro hospital dirigido à assistência dos alienados, o Hospital de Rilhafoles, foi apenas aberto em 1848 com a transferência das mulheres alienadas do Hospital de S. José (Pereira, 1986), quando, na realidade, estes hospitais já iam proliferando pela restante Europa nos finais dos anos de setecentos (Tucker, 1887). Esse hospital foi de suma importância, pois veio abrir portas para o início do desenvolvimento da psiquiatria

como ciência em Portugal. Em 1850, o Hospital de Rilhafoles recebeu os homens alienados que se encontravam também em S. José e partir de então os portugueses ficaram munidos de uma instituição apenas dedicada à assistência desses doentes, sendo transferidos para a mesma, alienados de todo o país, apesar de que grande parte dos que se encontraram aí internados eram residentes da grande região de Lisboa (Pulido, 1851).

Contudo, depressa Rilhafoles ficou sobrelotado e apresentou condições precárias de assistência, sendo necessário pensar numa alternativa para receber esses doentes, que careciam de cuidados tão específicos. Em 1866 faleceu Joaquim Ferreira dos Santos, sobejamente conhecido como Conde de Ferreira, legando, no seu testamento, uma avultada quantia para a construção e estabelecimento de um hospital no Porto para o internamento apenas de alienados, que devia ficar sob a alçada administrativa da Santa Casa da Misericórdia da cidade (Santos, 1866). Assim, em 1884 foi inaugurado o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, tendo como diretor clínico o alienista António Maria de Sena. Este hospital foi considerado como uma obra de vanguarda, tanto no país como na restante Europa, uma vez que foi o primeiro hospital para alienados a ser construído de raiz no país e porque seguiu, na sua abertura, as ideias mais avançadas no que dizia respeito à assistência dos alienados, pois o seu diretor clínico viajou por diversos países do continente europeu para aprender nas melhores instituições e com os nomes mais sonantes, como por exemplo, Jean-Martin Charcot (Sena, 1879, 1887).

António Maria de Sena foi, provavelmente, uma das pessoas mais importantes no âmbito do desenvolvimento da psiquiatria em Portugal, não só pela responsabilidade que apresentou na edificação do Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, porém igualmente por ter sido o responsável pela aprovação da primeira lei relativa à assistência dos alienados no país e no âmbito da psiquiatria, mais conhecida por Lei Sena (Candeias *et al.*, 2021). Neste documento, aprovado em 1889, era reconhecida a importância de abrir mais estabelecimentos como o de Rilhafoles e o hospital do Porto, privilegiando-se também a zona de Coimbra para esse efeito, ficando o país dotado de instituições hospitalares para internar alienados no norte, centro e sul. No entanto, pouco ou nada desse documento foi instituí-

do, tendo António Maria de Sena falecido em 1890 sem ter tido tempo para se dedicar à execução desses enunciados legais. O diretor que lhe seguiu, Júlio de Matos, dedicou-se ao Hospital de Alienados do Conde de Ferreira e os finais do século XIX foram essenciais para que aprofundasse estudos académicos ao nível da alienação e para, igualmente, gerir da melhor forma o hospital para que o mesmo não desabasse, tal como Rilhafoles, numa sobrelotação contínua.

O século XX

A psiquiatria portuguesa foi consolidada cientificamente no início do século XX, em parte graças a intervenientes como Júlio de Matos ou Miguel Bombarda. No país, a inícios de novecentos, existiam quatro estruturas específicas para a assistência dos alienados: o Hospital de Rilhafoles, em Lisboa, o Hospital de Alienados do Conde de Ferreira, no Porto, a Casa do Sagrado Coração de Jesus e a Casa de Saúde da Idanha, em Sintra, estas últimas pertencentes a congregações religiosas.

As ordens hospitaleiras foram restabelecidas em Portugal nos finais do século XIX por S. Bento Menni e, nesse seguimento, a Ordem Hospitaleira de S. João de Deus abriu a Casa do Sagrado Coração de Jesus em 1884, hoje em dia conhecida como Casa de Saúde do Telhal; em 1894, a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus abriu a sua Casa de Saúde da Idanha (Gameiro, 1993). Estas duas estruturas vieram dar algum apoio aos hospitais que tinham sido inaugurados previamente, embora acolhessem poucos alienados quando de seus inícios. Ainda assim, também estas casas foram importantes para o desenvolvimento da psiquiatria como ciência no país, não só porque possibilitaram um espaço seguro para assistir aos doentes de forma prolongada, o que possibilitava um estudo longitudinal de determinados comportamentos, mas também porque nelas trabalharam, e fizeram investigação, psiquiatras que contribuíram para esse desenvolvimento, como foi o caso de Luís Cebola ou Egas Moniz (Guedes, 2009).

Após a morte de Miguel Bombarda em 1910, que tinha tomado posse como diretor de Rilhafoles em 1892, esse hospital passou a ser designado de Manicômio Bombarda, sendo a mudança realizada com um decreto de 1911, que se esperava que viesse conferir as bases para uma reforma

da psiquiatria no país (Portugal, 1911). Este documento legislativo, embora não cumprido na sua integridade, foi marcante para a época, pois nele eram dadas condições ao governo para a criação de novos hospitais e de colônias agrícolas para internar os alienados, embora estas últimas só viessem a ser organizadas já na década de sessenta (Alves; Silva, 2004). Também nesse ano, em 1911, foi criado oficialmente o ensino da psiquiatria nas universidades de Coimbra, Lisboa e Porto, através da reforma do ensino médico português (Alves; Silva, 2004; Pereira, 2016).

É interessante verificar como a implantação da República, em 1910, veio alavancar a reforma legislativa dos serviços de saúde em Portugal, tendo em especial conta a esfera aqui tratada, a da psiquiatria. Sabemos, no entanto, que antes de 1910, quicá despertados e impulsionados previamente por António Maria de Sena e outros médicos ligados ao Partido Republicano, já tinham sido realizados progressos no pensamento conceitual português acerca da psiquiatria com ecos em âmbito internacional, como é exemplo a organização de um Congresso Internacional de Psiquiatria, Neurologia e Assistência aos Alienados (em Amsterdam) e cuja comissão científica era presidida por Bombarda (Pereira, 2016). Se, por um lado, as ideias republicanas permitiram que se sentisse uma corrente de estímulo em referência ao estudo e investigação no âmbito da psiquiatria – tão sólida que até a mesma era reconhecida noutros países, favorecida posteriormente pela audácia de Egas Moniz, que lhe valeu o Prêmio Nobel de Medicina em 1949 –, por outro lado, devido à grande instabilidade política que se viveu nas primeiras décadas do século XX português, essas ideias republicanas no campo da saúde foram seguidamente substituídas por ideias de providência profilática e higienista, que marcou a política de saúde do Estado Novo.

Em 1913, foi iniciada a construção do Hospital Júlio de Matos, com a compra de terrenos para esse efeito, no entanto, o mesmo apenas foi inaugurado em 1942, albergando outras especialidades que não só a psiquiatria, como a neurologia, a neurocirurgia ou até a endocrinologia, que contribuíam para a atenção global que aí era preconizada; esse hospital foi denominado pelo seu primeiro diretor clínico como “A Casa da Psiquiatria”, sendo considerado como uma das melhores instituições da Europa para o internamento de doentes mentais (Cintra; Gil, 2016b).

Nesta instituição, tal como anteriormente em Rilhafoles e no Conde de Ferreira, foram desenvolvidos tratamentos inovadores e estabelecidas terapias consideradas vanguardistas, mantendo-se assim a psiquiatria portuguesa no círculo internacional, ainda que a política de *ficar asilado* prevalecesse dentro das suas circunscrições, sendo até esta estrutura, à semelhança das duas últimas mencionadas, receptora de doentes de todo o país (Cintra; Gil, 2016b). Ainda, foi nessa instituição que Barahona Fernandes defendeu a utilização da conhecida política do *no-restraint*, embora a mesma já tivesse sido experimentada antes. De fato, assistia-se a meados dos anos de noventa a uma linha de ação que tinha por base o novo conceito de *hospital* e, conseqüentemente, vinha aprofundar as questões da institucionalização: provia-se, de um modo, aos mais necessitados e aos mais frágeis, porém, por outro modo, controlavam-se os comportamentos e as questões sociais, pois aquilo que era *desviante* ficava dentro dos limites das estruturas que recebiam os doentes mentais – e assim mantinha-se esse *desvio* escondido, afastado dos olhares públicos.

Entretanto, as ordens hospitaleiras foram abrindo outras casas na primeira metade do século XX, como foi o caso da Casa de Saúde de S. João de Deus, no Funchal, que abriu as suas portas em 1924, a homônima casa em Barcelos, que foi inaugurada em 1928, a Casa de Saúde Santa Rosa de Lima, que passou a ser um centro geriátrico em 1921, ou a Casa de Saúde do Bom Jesus, em Braga, aberta em 1932 (Cintra; Gil, 2016a, 2016b). Nestas casas, a assistência era efetuada por religiosos que eram também enfermeiros, embora fossem, habitualmente, médicos laicos a exercer funções nas mesmas. Tal como nas estruturas seculares, a representação da institucionalização encontrava-se vigente nestes locais, provavelmente até com uma maior ênfase: era esperado que esses religiosos se dedicassem totalmente ao cuidado dos doentes mentais, pois essa assistência era realizada de acordo com uma vocação, logo seria moralmente forçoso que as casas os acolhessem por um longo período, sendo-lhes passada a responsabilidade social perante a sua proteção e zelo.

As estruturas para a institucionalização dos doentes mentais continuaram a ser desenvolvidas durante os anos de noventa, a par das inovações terapêuticas que iam surgindo, como é exemplo a eletroconvul-

sivoterapia, a insulinoaterapia, a malarioterapia, ludoterapia e até mesmo as inovações ao nível dos psicofármacos, que se deram na década de cinquenta. Em Coimbra foram internados os primeiros doentes no Hospital Sobral Cid em 1945, após alguns anos de impasse, e foi estabelecido igualmente o Manicômio Sena nesse ano, sendo que, em 1960, foi aberto o Hospital do Lorvão; em 1962 foi inaugurado o Hospital de Magalhães Lemos no Porto, embora a sua criação tenha sido definida em 1953 (Cintra; Gil, 2016a).

De fato, em 1945 foi emanado um documento legislativo de grande relevo e inovação, a Lei n.º 2006 (Portugal, 1945), que veio reformar a assistência psiquiátrica e introduzir alterações que visavam à tal profilaxia, à terapêutica e à pedagogia, e permitiu alavancar a abertura efetiva das estruturas assistenciais apresentadas, entre outras (por exemplo: clínicas, colônias agrícolas), que já tinham sido projetadas na legislação de 1911. Esse documento estava redigido de forma tão vanguardista que até a Organização Mundial de Saúde o destacou de forma positiva quando de uma comparação da legislação no âmbito da psiquiatria em nível internacional (Soares, 2008).

Tendo em conta essa legislação de 1945, o país dividia-se em regiões assistenciais (norte, centro e sul), que seriam a sede dos centros de assistência psiquiátrica, constituídos por dispensários, hospitais, clínicas e asilos (Soares, 2008). Destes últimos faziam parte as colônias agrícolas e, embora habitualmente apresentem um destaque reduzido, é possível mencionarmos, por exemplo, a Colônia Agrícola de Arnes, inaugurada em 1964, que receberia doentes em recuperação que pudessem trabalhar nas atividades disponibilizadas nessa estrutura (Azevedo e Silva, 2013).

Ainda desse documento, ressaltamos que o mesmo apresentou uma peculiaridade: a aproximação ao novo conceito, para a época, de *saúde mental*, que viria a ser essencial para as renovações que se deram nas décadas seguintes da centúria de novecentos.

O novo milênio

A segunda metade do século XX foi marcada pela mudança da perspectiva na visão da pessoa com doença mental, da psiquiatria e da tipologia

de cuidados que podiam ser realizados neste âmbito. Veja-se: longo foi o caminho estabelecido entre aquilo que era e aquilo que é, até no próprio vocabulário, pois remoto ficou o *alienado* – que se encontrava ausente do seu processo de saúde, sendo o seu tratamento efetuado de forma puramente autoritária e paternalista –, para existir um foco na hodierna pessoa com doença mental, esta vista como um ser pluridimensional, podendo ser integrada na sua comunidade, manter-se produtiva em termos profissionais e participando ativamente no seu plano terapêutico de recuperação e reabilitação.

Na década de sessenta do século XX assistiu-se à transferência da atenção enfatizada nas estruturas hospitalares, hierárquicas e limitantes, para a atenção ousada na comunidade, original e renovada – e agora sim, com maior relevo efetivo do *no-restraint*, muito devido aos grandes avanços que se foram dando na psicofarmacologia. A luta pelos direitos humanos mantinha-se, embora nessa época distribuída pela necessidade de se ter ainda mais em conta as questões raciais, de igualdade de gênero e até da liberdade sexual. A psiquiatria e a saúde mental, conceito, entretanto recém-chegado à ribalta da saúde e que preconizava uma mudança dos modelos até ali utilizados, não foram exceção dos contínuos esforços que se fizeram nessa luta (e tampouco Portugal se manteve imune a essas transformações), que se perpetuaram para além dos míticos anos sessenta.

Em 1958 foi criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica, cujo objetivo, de acordo com o Decreto n.º 41759 desse ano (Portugal, 1958), devia ser identicamente preservado na profilaxia, terapêutica e pedagogia, mantendo-se o país dividido de acordo com as três grandes zonas já descritas, apresentando igualmente esse instituto o dever de regular e fiscalizar as estruturas que funcionavam de forma privada. O Estado mantinha então, como foi notória durante o regime do Estado Novo, a função de providenciar quando necessário e fomentar os serviços de saúde do foro privado (Soares, 2008), muitos dos mesmos garantidos por empresas, caixas de previdência ou até cooperativas (Campos; Simões, 2011). Em 1963 foi emanado um novo documento legal, a Lei n.º 2118, também conhecida como Lei da Saúde Mental, que vinha dar eco às novas tendências da atenção focada nos cuidados praticados na comunidade, trazendo, dessa forma, para o nível público aquilo que todos aguardavam que acontecesse.

Realçando algo do que diz respeito a esse suporte legislativo, o mesmo veio criar os Centros de Saúde Mental (de acordo com distritos e regiões geográficas específicas), vinculando assim, legalmente, os cuidados na esfera da psiquiatria e da saúde mental ao contexto comunitário e daí dando um passo adiante na ideia da desinstitucionalização; veio igualmente indicar que deveria ser fundado o Instituto de Saúde Mental. Todavia, grande parte desses centros de saúde não foi constituída, nem o tal instituto, prevalecendo a ação do já citado Instituto de Assistência Psiquiátrica até a década de oitenta, ainda que esta tenha sido profícua relativamente à concretização desses tais centros de saúde, à maior autonomia das regiões de Lisboa e Porto e à nova tentativa de aproximação da psiquiatria e saúde mental à seção comunitária da saúde (Alves; Silva, 2004). Não obstante, e mesmo que o processo de desenvolvimento da psiquiatria e da saúde mental em Portugal permanecesse estagnado, verificou-se que alguns profissionais de saúde, em conjunto com doentes que se encontravam nos hospitais psiquiátricos, tomaram posições de certa *insubmissão*, como foi o caso no Hospital Júlio de Matos, na década de sessenta, em que enfermeiros, médicos e doentes do gênero masculino passaram para os espaços que eram exclusivos aos do gênero feminino e vice-versa (Cintra; Gil, 2016b), estabelecendo-se assim um desafio ao poder instalado que visava à modificação daquilo que era tido como norma e regra.

Em 1971 foi realizada uma nova modificação em âmbito legislativo, com o intuito de colocar o país a par das tendências internacionais, ainda que sem medidas concretas no que se referia à reabilitação, aos direitos daqueles que se encontravam internados e igualmente sem uma especificação concreta do campo da desinstitucionalização (Alves; Silva, 2004). Entretanto, em 1974, deu-se em Portugal a Revolução do 25 de Abril, trazendo consigo o término do regime do Estado Novo e uma instabilidade política que afetou duramente a progressão dos cuidados em psiquiatria e saúde mental durante os anos que seguiram. Os grandes hospitais psiquiátricos do país, centrados em Coimbra, Lisboa e Porto – Hospital Sobral Cid, Hospital Júlio de Matos, Hospital Miguel Bombarda e Hospital Magalhães Lemos –, entraram na década de oitenta sobrelotados e com alguma degradação, conquanto fossem estabelecidas terapias inovadoras nesses

espaços e experimentados alguns cenários alternativos aos mesmos, como por exemplo, as comunidades terapêuticas (Cintra; Gil, 2016b).

Destaca-se, ainda, que em todas essas cidades existiam ainda outros grandes recintos hospitalares – como, por exemplo, o Hospital do Lorvão, a Casa de Saúde do Telhal ou o Hospital Conde de Ferreira –, que se encontravam em situação semelhante, apesar de serem um apoio essencial às estruturas indicadas. Já no último ano da década de oitenta foi tentado, novamente, um investimento nos Centros de Saúde Mental, na sua organização e disposição geográfica, de forma que a psiquiatria e a saúde mental estivessem integradas na comunidade, assegurando todas as fases do ciclo de tratamento e recuperação do doente mental (Alves; Silva, 2004; Almeida Filho *et al.*, 2015).

Talvez seja pertinente estabelecer aqui uma breve pausa e refletir sobre estes quadros assistenciais que marcaram os últimos anos do século XX. Afinal, os inovadores hospitais psiquiátricos dos anos de oitocentos, aí já anciãos centenários, ainda se mantinham ativos e com um papel fundamental na manutenção da psiquiatria e da saúde mental em Portugal, sendo lugares, tal como os seus pares mais jovens, de transformações e transições. O país encontrava-se, no início dos anos noventa, numa encruzilhada política, legal e social: por um lado achava-se ainda a cicatrizar algumas das questões relativas à instabilidade política que derivou do 25 de Abril, e, por outro, tinha acabado de se aliar aos países que faziam parte da Comunidade Económica Europeia, sendo-lhe exigida uma aproximação célere a esses que eram considerados seus semelhantes.

Ao entrar na última década do século XX deu-se, primeiramente, a reestruturação dos Centros de Saúde Mental, que visou uma articulação mais eficaz das estruturas de saúde mental com outros prestadores de cuidados de saúde. Para tal, procurou-se a disponibilização de recursos humanos, técnicos e financeiros que permitissem a reconversão de algumas instituições existentes e a potencial criação de outras (Portugal, 1992a). No mesmo ano, a Portaria n.º 750/92 veio transferir as atribuições dos Centros de Saúde Mental para vários hospitais gerais, centrais ou distritais (Portugal, 1992b).

Um dos grandes marcos da última década do século XX, no que concerne à legislação portuguesa de saúde mental, foi a publicação da Lei n.º

36/98, de 24 de julho, a também denominada Lei de Saúde Mental. Esta lei veio estabelecer os princípios gerais da política de saúde mental e visou regular o internamento compulsivo dos portadores de anomalia psíquica, designadamente das pessoas com doença mental. Nessa lei, ainda em vigor em Portugal (embora com duas alterações posteriores, em 1999 e 2018), estavam, por exemplo, consagrados os direitos e deveres do utente e a referência ao Conselho Nacional de Saúde Mental enquanto órgão consultivo do governo em matéria de política de saúde mental. De igual modo, na mesma estavam constituídos os critérios para que uma pessoa pudesse ser hospitalizada em regime de internamento compulsivo, sendo que, para tal, pelo menos um dos seguintes pressupostos tinha necessariamente que estar presente: (a) a pessoa criar, por força da sua doença mental, uma situação de perigo para bens jurídicos, de relevante valor, próprios ou alheios, de natureza pessoal ou patrimonial, e recusar submeter-se ao tratamento necessário; e/ou (b) a pessoa não possuir o discernimento necessário para avaliar o sentido e alcance do consentimento, quando a ausência de tratamento deteriorasse de forma acentuada o seu estado mental (Portugal, 1998).

Já no novo milênio, as bases da política e organização da saúde mental em Portugal, consagradas na Lei n.º 36/98, foram confirmadas no Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM). O PNSM 2007-2016, que viria a ser revisto e atualizado em 2012, foi aprovado em 24 de janeiro de 2008 pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008, tendo sido criada uma Coordenação Nacional para a Saúde Mental no âmbito do Alto Comissariado da Saúde, com a responsabilidade de coordenar a sua implementação. Esse Plano constituía uma grande esperança para o avanço da saúde mental em Portugal, já que o mesmo considerava, por exemplo: (a) a redução do número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos em 40%; (b) o encerramento do mais antigo hospital psiquiátrico do país e movimentos para a desativação dos restantes; (c) a criação de serviços de Saúde Mental nos hospitais gerais e lançamento de alguns novos serviços na comunidade; (d) o lançamento das bases dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM); e (e) a criação de novas unidades e de uma nova rede de referência no campo da saúde men-

tal da infância e adolescência (Portugal, 2008). Portanto, ao PNSM estava associada uma forte intenção de redução do estigma relacionado com a doença mental (com a transferência dos serviços de internamento de pessoas com doença mental aguda dos hospitais psiquiátricos para os hospitais gerais), bem como de desinstitucionalização de algumas pessoas com doença mental e seu acompanhamento em contexto comunitário, tal como tinha sido preconizado em anos anteriores.

No que concerne aos CCISM, efetivamente ocorreram alguns avanços em Portugal já que, em 2010, por via do Decreto-Lei n.º 8/2010, haveria de ser criado um conjunto de unidades e equipas de CCISM destinado às pessoas com doença mental grave da qual resultasse incapacidade psicossocial e que se encontrassem em situação de dependência (Portugal, 2010). Contudo, apenas um ano depois, por via do Despacho n.º 8677/2011, foram definidas as experiências-piloto de CCISM, limitadas a apenas dezoito unidades/equipas em todo o território nacional (Portugal, 2011). As unidades e as equipas de saúde mental que foram autorizadas a fazer parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados estão listadas no Anexo III do Despacho n.º 8320-B/2015 (Portugal, 2015), num total de 312 lugares. Apesar da publicação desta informação, estas não chegariam a entrar em funcionamento.

Relativamente ao processo de desinstitucionalização das pessoas com doença mental no novo milénio, este teve início em 2009 e efetivamente, desde então, na sequência do encerramento de três dos principais hospitais psiquiátricos do país (Hospital Miguel Bombarda, Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes e Hospital do Lorvão), o número de doentes institucionalizados em hospitais psiquiátricos públicos já reduziu cerca de 40%, tendo sido estes transferidos para outras instituições na comunidade (Palha; Costa, 2015). Contudo, nem tudo o que estava previsto no PNSM 2007-2016 foi cumprido, pelo que foi criada uma extensão do mesmo até o ano 2020 (Comissão técnica de acompanhamento da reforma da saúde mental, 2017). Entre os principais constrangimentos que estiveram na base do incumprimento do PNSM 2007-2016 destacam-se, entre outros: o modelo de financiamento e gestão inadequados às necessidades específicas do setor, com inexistência de um orçamento e verbas próprias; as di-

ficuldades no desenvolvimento de modelos formais de articulação com os cuidados de saúde primários; e a fraca implementação da Rede de CCISM. No fundo, as dificuldades voltaram a surgir, ainda que aquilo que se encontra espelhado nos documentos legais atuais, tal como nos dos séculos anteriores, seja vanguardista, exemplar e inovador.

Já no ano 2020, por via do Despacho n.º 2753/2020, foi criado um projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipe comunitária de saúde mental para a população adulta e uma equipe comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (Portugal, 2020). Trata-se de equipas de composição multidisciplinar, que seguem um modelo sistémico na abordagem das pessoas com doença mental e que têm como objetivo aproximar os serviços de saúde mental da população que acompanham. Portanto, são equipas sediadas em unidades hospitalares, mas que fazem a extensão dos serviços de psiquiatria e saúde mental ao contexto comunitário, e que se espera uma maior concretização nos próximos anos.

Desafios para a próxima década

A saúde mental das populações constitui um desafio da maior importância para equilíbrio das comunidades (Sequeira; Sampaio, 2020). Nesse sentido, importa clarificar a dualidade entre a saúde mental e a doença mental. A junção/agregação destes dois conceitos pode estar, historicamente, na base do enviesamento das respostas em saúde mental, totalmente inclinadas para a doença mental, apesar de a denominação adotada privilegiar a perspectiva da saúde. Eventualmente, numa fase primária, seria importante existirem dois planos – uma para a saúde mental e outro para a doença mental, cada um com indicadores, estruturas e financiamento específico, implementados de forma articulada. De outro modo, privilegia-se sempre a doença mental pela necessidade da urgência da resposta e da obtenção de resultados em curto prazo.

Outro desafio que nos parece fundamental relaciona-se com a articulação e a integração dos cuidados. A articulação visa otimizar os recursos e fomentar um trabalho em rede, de forma colaborativa e centrada nas necessidades das pessoas. Para isso, é fundamental dotar os profissionais

de saúde de “boa” formação em saúde mental – os enfermeiros de cuidados gerais, os enfermeiros de família, os médicos de medicina geral e familiar e outros profissionais que podem desempenhar uma função importantíssima em saúde mental – de rastreio; encaminhamento e monitorização. Em termos de integração é fundamental integrar a saúde mental em todas as estruturas públicas e privadas onde as pessoas vivem, trabalham e se divertem. A saúde mental numa perspectiva integrativa deve ser promovida nas escolas, nas famílias, nos locais de trabalho, porque é a base para um funcionamento adequado de qualquer pessoa.

Em termos de enfermagem, é necessário investir na formação, na melhoria das dotações dos serviços e na criação de condições de trabalho que permitam aos enfermeiros especialistas potencializar a sua ação junto das pessoas, grupos e comunidades, com intervenções essencialmente psicoterapêuticas e psicoeducacionais.

A sustentação da ação profissional do enfermeiro nos contextos de prática clínica deve ter, por base, os modelos clínicos de dados que emergem da evidência científica, privilegiando uma estrutura de: Avaliação – Diagnósticos de Enfermagem – Intervenções de Enfermagem e resultados de Enfermagem, centrada nas necessidades e no potencial da pessoa, de forma articulada com outros profissionais.

Considerações finais

Face ao exposto torna-se evidente que, em Portugal, e, sobretudo ao longo das últimas décadas, tem existido um esforço centrado na desinstitucionalização das pessoas com doença mental e na reabilitação psicossocial das mesmas. Contudo, tem também existido uma substancial discrepância entre a elevada qualidade da legislação e planos/programas emanados e a ineficiência da sua operacionalização. Assim, e pese embora que na atualidade a psiquiatria e a saúde mental sejam abordadas, cada vez mais, numa lógica de intervenção comunitária, Portugal encontra-se ainda distante, por exemplo, dos países do norte da Europa no que concerne a essa mudança de paradigma.

Como tal, mais do que criar nova legislação ou novos planos/programas, parece essencial, e fundamental, investir na transferência daqueles

documentos que atualmente existem para a prática. A título de exemplo, é extremamente relevante que a Rede de CCISM seja ampliada de modo a dar resposta às efetivas necessidades dos cidadãos em cuidados de saúde mental. De igual forma, parece fulcral que exista uma rápida transição entre os atuais projetos-pilotos e o futuro funcionamento efetivo das equipas comunitárias de saúde mental. Finalmente, e porque a desinstitucionalização não é possível sem que existam recursos humanos especializados a exercer funções em contexto comunitário, é mandatário e urgente que exista um investimento nestes mesmos recursos humanos para que as pessoas com doença mental possam paulatinamente abandonar as instituições psiquiátricas, mas sem que percam a qualidade dos cuidados de saúde mental de que necessitam.

Referências

ABREU, L. A. Assistência e a saúde como espaços de inovação: alguns exemplos portugueses. *In*: SAKELLARIDES, C.; ALVES, M. V. **Lisboa, saúde e inovação** - do renascimento aos dias de hoje. Lisboa: Gradiva, 2008.

ALMEIDA FILHO, A. J. *et al.* Trajetória histórica da reforma psiquiátrica em Portugal e no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, Série IV, n. 4, p. 117-125, 2015.

ALVES, F.; SILVA, L. F. Psiquiatria e comunidade: elementos de reflexão. *In*: CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA, 5., 2004, Lisboa. **Atas** [...]. Lisboa, 2004. p. 56-64. Disponível em: <https://aps.pt/pt/atas-v-congresso/>. Acesso em: 20 jul. 2021.

ARAÚJO, M. M. L. O quotidiano do Hospital de S. Marcos de Braga na idade moderna. *In*: IGLESIAS RODRÍGUEZ, J. J.; PÉREZ GARCÍA, R. M.; FERNÁNDEZ CHAVES, M. F. **Comercio y cultura en la edad moderna**. Sevilha: Editorial Universidad de Sevilla, 2015.

ARAÚJO, M. M. L. O hospital e a cidade: São Marcos da Misericórdia de Braga (Séculos XVII-XIX). *In*: KORNDÖRFER, A. P. *et al.* **História da assistência à saúde e à pobreza**: Olhares sobre suas Instituições e seus atores. São Leopoldo: Oikos, 2017.

ARAÚJO, P. **Miguel Bombarda, médico e político**. Casal de Cambra: Caleidoscópio, 2007.

AZEVEDO E SILVA, R. J. P. **Arquitetura hospitalar a assistencial promovida por Bissaya Barreto**. 2013. Tese (Doutoramento em Arquitectura) – Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2013.

CAMPOS, A. C. de; SIMÕES, J. **O percurso da saúde: Portugal na Europa**. Coimbra: Almedina, 2011.

CANDEIAS, A. *et al.* Legislar para proteger: Lei Sena, a primeira lei de saúde mental em Portugal (1889). **Revista de Enfermagem Referência**, n. 5, p. 1-8, 2021.

CINTRA, P.; GIL, N. P. **História dos serviços de saúde mental: Volume I – Norte e Centro**. Lisboa: Parsifal, 201a.

CINTRA, P.; GIL, N. P. **História dos serviços de saúde mental: Volume II – Sul e Ilhas**. Lisboa: Parsifal, 2016b.

COMISSÃO TÉCNICA DE ACOMPANHAMENTO DA REFORMA DA SAÚDE MENTAL. **Relatório da avaliação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 e propostas prioritárias para a extensão a 2020**. 2017. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/08/RelAvPNSM2017.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

CORREIA, A. M. D. Os hospitais e a assistência aos doentes em Coruche no século XIX e princípio do século XX. História. **Revista da FLUP**, n. 6, p. 213-230, 2016.

D'OLIVEIRA, C. R. **Summario, em que brevemente se contem algumas cousas assim ecclesiasticas, como seculares, que ha na cidade de Lisboa**. Lisboa: Officina de Miguel Rodrigues, impressor do Emin. Senhor Cardeal Patriarca, 1755. Disponível em: https://digitalis-dsp.uc.pt/html/10316.2/9499/item1_index.html. Acesso em: 16 jul. 2021.

ESTEVES, A. Engulhos de ontem, doentes de hoje: pensar a loucura em Portugal no século XIX. O caso do distrito de Viana do Castelo. *In*: ARAÚ-

JO, M. M. L.; ESTEVES, A. **Marginalidade, pobreza e respostas sociais na península ibérica (séculos XVI-XX)**. Braga: Centro de Investigação Transdisciplinar «Cultura, Espaço e Memória» (CITCEM), 2012.

ESTEVES, A. Crime e alienação no Portugal de sinais do século XIX e inícios do século XX. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, n. 21, p. 116-137, 2019.

FERNANDES, P. S. C. **O hospital da misericórdia de Penafiel (1600-1850)**. 2015. Tese (Doutoramento em História – Especialidade de Idade Moderna) – Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho, Braga, 2015.

GAMEIRO, A. **Casa de Saúde do Telhal 1.º Centenário 1893-1993** – documentos históricos e clínicos. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 1993.

GOMES, B. A. **Dos estabelecimentos de alienados nos estados principais da Europa**. Lisboa: Ulmeiro, 1999.

GUEDES, N. C. **Museu São João de Deus** – psiquiatria e história. Lisboa: Editorial Hospitalidade, 2009.

LEMOS, M. **História da medicina em Portugal**. Lisboa: Manoel Gomes Editor, 1899.

LOPES, M. A. Buscando a saúde. Os hospitais enquanto geradores de mobilidade em Portugal na 2.ª metade do século XIX. *In*: HERNÁNDEZ BORGE, J.; GONZÁLEZ LOPO, D. L. **Antiguos y nuevos desafios**. Santiago de Compostela: Alvarellos Editora, 2017.

PALHA, F.; COSTA, N. **O processo de “desinstitucionalização” psiquiátrica em Portugal**: da análise objetiva dos factos às perceções de utentes, familiares/cuidadores e técnicos. Porto: ENCONTRAR+SE, 2015.

PEREIRA, A. L. A institucionalização da loucura em Portugal. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 21, p. 85-100, 1986.

PEREIRA, J. M. M. **A psiquiatria em Portugal**. Protagonistas e história conceptual (1884-1924). 2016. Tese (Doutoramento em Altos Estudos em His-

tória, no ramo de Época Contemporânea) – Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2016.

PICHOT, P.; FERNANDES, B. Um século de psiquiatria. **A Escola Alemã de Psiquiatria**. Lisboa: Roche SA, p. 40-56, 1984.

PORTUGAL. Decreto do Ministério do Interior - Direcção Geral de Saúde. **Diário do Governo**, n. 111, série I, 13 maio 1911. Debates Parlamentares – Assembleia da República. Disponível em: <http://debates.parlamento.pt/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

PORTUGAL. Lei n.º 2:006. **Diário do Governo**, n. 77, série I, 11 abr. 1945. Debates Parlamentares – Assembleia da República. Disponível em: <http://debates.parlamento.pt/>. Acesso em: 21 jul. 2021.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 41759/58. **Diário do Governo**, n. 161, p. 698-701, série I, 25 jul. 1958. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/351633>. Acesso em: 29 jul. 2021.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 127/92. Reestrutura os centros de saúde mental. **Diário da República**, n. 151, p. 3168-3170, série I-A, 03 jul. 1992a. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/288074/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Portaria n.º 750/92. Transfere as atribuições dos centros de saúde mental para vários hospitais. **Diário da República**, n. 176, p. 3610-3611, série I-B, 01 ago. 1992b. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/275236/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Lei n.º 36/98. Lei de Saúde Mental. **Diário da República**, n. 169, p. 3544-3550, série I-A, 24 jul. 1998. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/424762/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros n.º 49/2008. Aprova o Plano Nacional de Saúde Mental (2007-2016). **Diário da República**, n. 47, p. 1395-1409, série I, 06 mar. 2008. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247255/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 8/2010. Cria um conjunto de unidades e equipas de cuidados continuados integrados de saúde mental, destinado às

peçoas com doença mental grave de que resulte incapacidade psicossocial e que se encontrem em situação de dependência. **Diário da República**, n. 19, p. 257-263, série I, 28 jan. 2010. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/616776/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Despacho n.º 8677/2011. **Diário da República**, n. 122, p. 27049-27050, série II, 28 jun. 2011. Disponível em: http://www.ferdm.pt/wp-content/uploads/2014/05/2011_Despacho-de-Ministros-da-Seguranca-Social-e-da-Saude-n-8677-2011-1.pdf. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Despacho n.º 8320-B/2015. Autoriza o Instituto da Segurança Social, I.P., e as Administrações Regionais de Saúde, I.P., a assumir os compromissos plurianuais no âmbito dos contratos-programa a celebrar durante o ano de 2015, com as entidades integradas ou a integrar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). **Diário da República**, n. 146, p. 3-6, 1º Supl., Série II, 29 jul. 2015. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/69901087/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PORTUGAL. Despacho n.º 2753/2020. Criação de um projeto-piloto de saúde mental por administração regional de saúde, incluindo cada projeto-piloto uma equipa comunitária de saúde mental para a população adulta (ECSM-PA) e uma equipa comunitária de saúde mental para a infância e adolescência (ECSM-IA). **Diário da República**, n. 42, p. 200-202, série II, 28 fev. 2020. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/129678862/details/maximized>. Acesso em: 28 jul. 2021.

PULIDO, F. M. **Relatório sobre a organização do hospital de alienados em Rilhãfoles**. Lisboa: Imprensa Nacional, 1851.

SANTOS, J. F. **Testamento aprovado a 16 de março de 1866 por Domingos d'Almeida Ribeiro**. (Cota 2081, Casa da Prelada – Arquivo Histórico da Santa Casa da Misericórdia do Porto). 1866.

SENA, A. M. **Relatório d'uma Viagem Científica**. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1879.

SENA, A. M. **Relatório do serviço médico e administrativo do Hospital do Conde de Ferreira relativo ao primeiro Biennio (1883-1885)**. Porto: Typographia Occidental, 1887.

SEQUEIRA, C.; SAMPAIO, F. **Enfermagem em Saúde Mental: Diagnósticos e Intervenções**. Lisboa: Lidel, edições técnicas, 2020.

SOARES, M. I. A reforma dos serviços de assistência psiquiátrica. **Pensar Enfermagem**, n. 2, p. 35-51, 2008.

TUCKER, G. A. **Lunacy in many lands**. Sydney: Charles Potter, Government Printer, 1887.

Indicadores da (Contra)Reforma Psiquiátrica brasileira

*Heloísa Garcia Claro
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes*

Introdução

Os transtornos mentais são um problema de primeira ordem para a saúde do brasileiro, assim como a estruturação de políticas públicas abrangentes para amenizar o sofrimento psíquico da população.

Os dados sobre suicídio e sua relação com transtornos mentais ilustram a importância da temática. Mais de 35% das causas de suicídio, principal motivo de morte entre a população jovem do Brasil, são atribuíveis a transtornos mentais, com uma morte por suicídio em nosso país a cada 46 minutos (Barbosa; Teixeira, 2021).

O investimento na sociedade e dos indivíduos em saúde mental traz retornos sociais facilmente mensuráveis, considerando-se que questões deste processo saúde-doença são extremamente incapacitantes, correspondendo a mais de 30% dos anos vividos com incapacidade e 13% dos anos de vida produtiva, perdidos ou prejudicados. Em contrapartida, o investimento financeiro em serviços de cuidado à saúde mental tem um retorno socioeconômico quatro vezes superior ao seu valor absoluto (Chisholm *et al.*, 2016).

Entretanto, dados da pesquisa nacional de saúde, publicados em 2016, demonstravam que mesmo com as evidências claras deste benefício de longo prazo com a ampliação da rede e dos serviços de cuidado, há uma importante lacuna para o acesso ao tratamento. Apenas uma em cada cinco pessoas com sintomas depressivos, por exemplo, recebe algum tratamento, mesmo que apenas medicamentoso - o que está longe do ideal em termos de boas práticas em saúde mental - para seu sofrimento psíquico (Lopes *et al.*, 2016).

Em janeiro de 2021, dados do DataSUS indicavam que havia 3134 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no Brasil. Dados de 2019 indicavam 686 Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), 65 Unidades de Acolhimento (UA), 1622 leitos para atenção à crise em 305 hospitais gerais no Brasil. Até o ano de 2014, os leitos em hospitais psiquiátricos haviam sido reduzidos pela metade, com considerável redução nesta progressão, já que o cuidado preconizado pelos direitos humanos e boas práticas deve ser em hospital geral, e não em hospital psiquiátrico. Contudo, após o ano de 2016, iniciou-se um período desafiador de contrarreforma psiquiátrica, com a volta de algumas práticas comprovadamente ineficazes e desumanizadas, que parecem aproveitar-se da onda de crescimento do conservadorismo social e de práticas que negam as evidências científicas nos últimos anos (Azevedo; Souza, 2017; Desviat; Ribeiro, 2015; Pitta; Guljor, 2019).

Dados do Ministério da Saúde apontam que a simples existência de um CAPS no município reduz em 14% o risco de suicídio (Brasil, 2015, 2017).

Até o ano de 2019, a taxa de internação de pessoas com problemas de saúde mental diminuiu de 14,2 internações a cada 10.000 habitantes (2009) para 11,1 (2019), o que representa mais de 20% de redução, sendo a maior para questões relacionadas ao uso de álcool, com 42% de redução de internações, seguida de transtornos do pensamento como esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes, com queda de 34,5%. No estudo que analisou estes dados, a única condição que não teve redução é referente aos transtornos de afeto e humor (Silva *et al.*, 2021).

Neste período de reformas progressistas em nossa sociedade e, principalmente, no SUS, o cuidado à pessoa com problemas de saúde mental era voltado à sua reabilitação psicossocial. Essa lógica de cuidado visa à promoção da autonomia e da cidadania, da participação social, e a garantia de direitos básicos como trabalho, moradia e rede social às pessoas que, por décadas, foram apenas isoladas da sociedade sem receber suporte efetivo para o cuidado de suas necessidades singulares (Pinho *et al.*, 2021; Pitta, 2001; Saraceno, 1999). Para além do cuidado clínico, da redução de sintomas e administração de medicamentos, a vida do indivíduo

é o projeto de ação do coletivo formado pelos usuários dos serviços, seus familiares e profissionais da saúde.

A reabilitação psicossocial é preconizada internacionalmente como estratégia para o cuidado em saúde mental há pelo menos três décadas (Bond, 2004; Cohen; Kleinman; Saraceno, 2007; King; Lloyd; Meehan, 2013; Martins; Ornelas; Silva, 2016; Moll; Huff; Detwiler, 2003; Saraceno, 1997), inclusive com evidências atuais do mais alto nível de qualidade científica (Abidin et. al, 2021; Andrade-González et. al, 2021; Icb-Interconsult Bulgaria Ltd, 2021).

Entretanto, vivemos, atualmente, em nosso país uma constante ameaça de retrocesso e alguns autores apontam evidências de uma contrarreforma psiquiátrica que coloca em risco os direitos adquiridos, o cuidado baseado em evidências e em direitos humanos. Dados nos mostram, por exemplo, o aumento do número de comunidades terapêuticas, serviços de longa permanência onde, na maior parte das vezes, os pacientes não são cuidados por profissionais de saúde, mas sim em uma lógica de práticas morais e religiosas e que ferem aos direitos humanos (Duarte; Barros; Cabral, 2020; Passos *et al.*, 2020).

Os diversos dados trazidos falam a respeito da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), construída entre o final dos anos 1980, marcada pela redemocratização, a promulgação da Constituição Cidadã, estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a criação do primeiro CAPS, em 1987. Entretanto, a partir de 2016, as práticas manicomialis voltaram a ganhar força, o que representa um retrocesso em relação às três décadas de trabalho dos movimentos sociais e dos trabalhadores da saúde para a construção do campo psicossocial em rede, de práticas de cuidado na comunidade, baseadas em evidências, em uma lógica de cuidado no território, no modelo da clínica ampliada, no conceito de reabilitação psicossocial, com equidade e integralidade.

O intuito deste capítulo é demonstrar com dados epidemiológicos o movimento de contrarreforma psiquiátrica, com o objetivo de fomentar estudos e discussões para a sua superação e retorno ao movimento progressista de luta pelo cuidado antimanicomial.

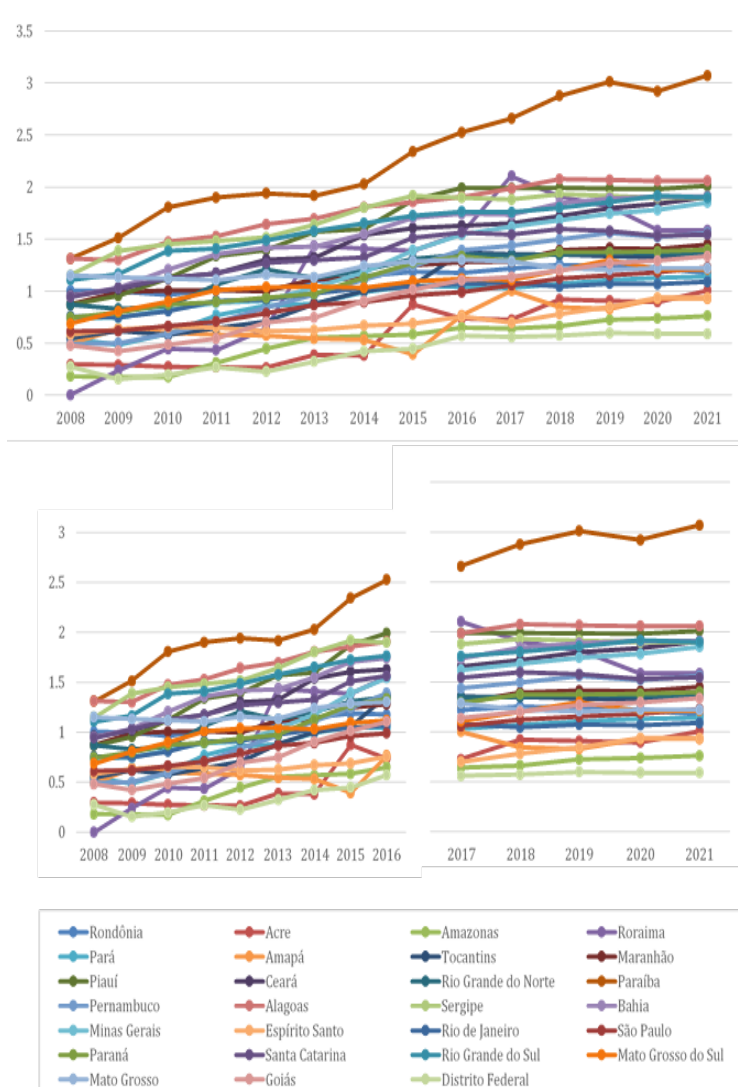
Evidências Epidemiológicas da Contrarreforma

Rede de Atenção Psicossocial

Para análise temporal do crescimento dos CAPS no território brasileiro, coletamos informações sobre o número de estabelecimentos no DataSUS, pelo CNES, desde o ano de 2008 até 2021. Utilizamos como referência para o número de CAPS o mês de janeiro para todos os anos. Para os dados populacionais, utilizamos o banco de dados disponibilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Seguindo a tendência das publicações periódicas “Saúde Mental em Dados”, que tiveram a sua última edição (12) no ano de 2015, o que, por si só, já é um dado que advoga contra as políticas de saúde mental dos governos que vieram após esta data, utilizamos o número de CAPS, somando-se CAPS infantil, ad, I, II e III de cada estado e estabelecemos um indicador de cobertura CAPS onde x = número total de CAPS por unidade federativa, p = população total da unidade federativa (UF), que, com a fórmula $iCAPS = (x)/(p/100.000)$ temos o indicador de quantos CAPS a UF possui a cada 100 mil habitantes.

Podemos notar que entre os anos de 2008 e 2016 há uma forte tendência de crescimento na cobertura de CAPS em todas as UF, dado que, infelizmente, estagna após 2016. Separando o gráfico entre 2008 e 2016 e 2016 a 2021, marcando a mudança de gestão do governo federal e uma série de medidas apontadas pela literatura como contrarreforma psiquiátrica, observamos de maneira ainda mais clara essa tendência. No segundo período, há alguns estados como Roraima, Mato Grosso, Santa Catarina, Mato Grosso do Sul e Sergipe que tiveram queda na cobertura. Os resultados estão apresentados na Figura 1.

Figura 1: Gráfico de análise temporal do índice de cobertura CAPS por unidade federativa no Brasil, entre os anos de 2008 e 2021.

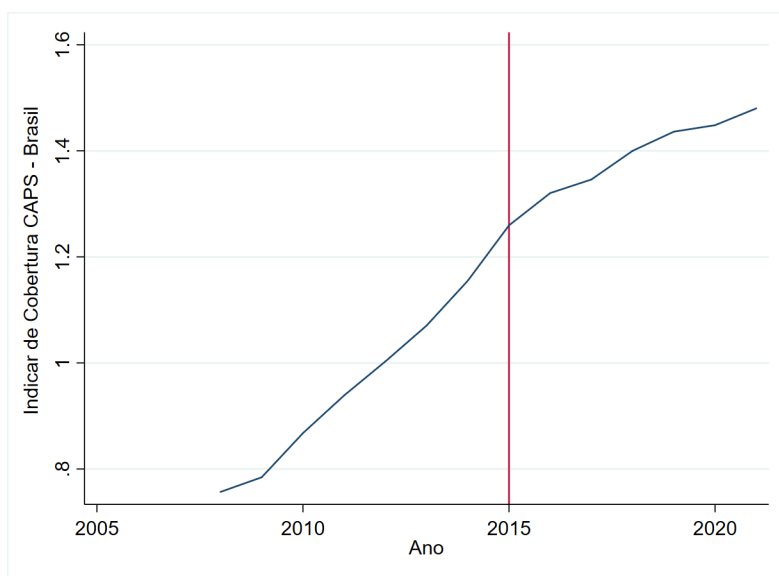


Fonte: DataSUS e IBGE (2021).

Na Figura 2 apresentamos a mesma curva para o Brasil e indicamos que o ponto de ruptura na série temporal é o ano de 2015, exatamente o

ano anterior ao processo de impedimento da ex-presidente Dilma Rousseff (2010-2016), o que demonstra que a mudança da coalizão no poder no governo federal teve um impacto direto na mudança da orientação da política de saúde mental. Um teste de quebra estrutural de série temporal indica com forte significância estatística (Teste wald: 95.99, p-valor <0.001) que há uma ruptura na série temporal. Enquanto o período de 2008 a 2015 é marcado por um crescimento linear no número de CAPS no Brasil, a partir de 2016 esse crescimento é desacelerado.

Figura 2: Gráfico de análise temporal do índice de cobertura CAPS no Brasil, entre os anos de 2008 a 2021.



Fonte: DataSUS e IBGE (2021).

Como identificado em outro estudo, que também analisou a cobertura dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), entre 2008 e 2017, já se observava na mudança de legislações e direcionamento da assistência os indícios de um retrocesso em construção:

Urge, portanto, a implicação das forças progressistas da sociedade civil no confronto ao atual cenário da política nacional. No âmbito da reforma psiquiátrica, aponta-se a necessidade de coragem teórica, jurídica,

ético-política e cultural para realizarmos *avaliações profundas sobre as reais conquistas de direitos obtidas no decorrer da História. Colocando-se a questão fulcral: como se poderia considerar a reforma psiquiátrica uma conquista estrutural e sólida se em tão curto período foi negada como possibilidade de negação do lugar da exclusão? (Fernandes *et al.*, 2020).

Em 2019, foi publicada uma Nota Técnica pelo Ministério da Saúde que, dentre outras medidas, incluiu o hospital psiquiátrico na RAPS, afirmando que o CAPS não deveria substituir o hospital psiquiátrico, e que houve aumento da demanda para o cuidado de pessoas em crise (Lima, 2019).

Entretanto, sabemos que o objetivo do cuidado no hospital psiquiátrico nunca foi o controle ou redução dos sintomas da crise e retorno à vida em comunidade. Por trás de interesses financeiros, os hospitais psiquiátricos foram locais de violências das mais diversas qualidades, enquanto os proprietários ou entidades gestoras destes serviços se beneficiavam do orçamento público garantido para seu financiamento. A exemplo disso, citamos o trecho a seguir de artigo sobre o debate da história do hospital colônia de Barbacena, conhecido por ter sido palco do genocídio brasileiro, ou “Holocausto Brasileiro”.

No pavilhão Milton Campos ficavam aqueles que podiam trabalhar e registros mostram que em 1916, quase metade da receita da Instituição foi garantida pelo trabalho não remunerado dos pacientes, em consertos de vias públicas ou plantações. Alguns pavilhões não tinham camas, mas capim, que era colocado para secar ao sol durante o dia e sobre o qual muitos internos nus morreram durante as noites frias da Serra da Mantiqueira [...]. Em um dos pátios, havia esgoto a céu aberto, onde internos bebiam água. A grande maioria dos internos não podia pagar pela internação - 80% - e eram considerados indigentes. Muitos pacientes eram rebatizados pelos funcionários, visto que não tinham documentos. Havia guardas, nome dos servidores masculinos contratados pela Fundação Educacional de Assistência Psiquiátrica e, em 1979, dois funcionários, em sua maioria sem formação, trabalhavam em cada um dos dezesseis pavilhões, cada um deles com em média 200 pacientes. Alguns dos guardas ainda vivos revelaram que o tratamento de choque e as medicações eram usados com finalidades terapêuticas, mas também para contenção e intimidação [...]. A lo-

botomia também era recorrente no Colônia – prática hoje extinta da Medicina (Peron, 2013).

No hospital psiquiátrico, as pessoas asiladas são violadas de seus direitos humanos, são destituídas de seus pertences, de suas famílias e rede social, e permanecem por vezes por dezenas de anos asiladas sem nenhum cuidado efetivo para a redução de seu sofrimento mental e retorno à sua vida extramuros.

Certamente, não é desejável o retorno de tais práticas, nem mesmo dos abusos atuais nos asilos modernos, que são as comunidades terapêuticas que, em sua maior parte, recebem pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Segundo a literatura, as comunidades terapêuticas são instituições de caráter asilar, que restringem o convívio social, sendo que os pacientes ficam, por vezes, incomunicáveis. São locais também de violação da liberdade religiosa, com uso da ferramenta da culpa moral e cerimônias e rituais de cura, que usam da persuasão violenta para o convencimento dos pacientes. Ao invés de profissionais de saúde, encontram-se nesses locais voluntários religiosos (Carvalho; Neri; Farias, 2020; Passos *et al.*, 2020). Desta forma, este serviço não pode, em hipótese alguma, compor a RAPS, por não se tratar de um serviço de saúde que busque o cuidado baseado em evidências e que preserve os direitos humanos, mas sim uma extensão das práticas religiosas para um cuidado em saúde inadequado.

Assim como em experiências internacionais de boas práticas, o local para acolhimento à crise que precisa de internação é o hospital geral, assim como quaisquer outras situações de agudização de questões relacionadas ao processo saúde-doença dos cidadãos. O campo ideal para o cuidado é a rede, tendo como principal objetivo das políticas de saúde internacionais atuais o fortalecimento do cuidado de saúde mental na atenção básica (Almeida, 2019; Barbui; Papola; Saraceno, 2018; Raney, 2013; Saraceno; Giudice; Barros, 2019; Saraceno; Sashidharan, 2020). Negar este movimento mundial e colocar-se novamente em um modelo de cuidado asilar é, mais uma vez, aderir ao negacionismo e a práticas que não tem como objetivo o bem estar dos cidadãos, mas sim interesses financeiros, encarceramento e exploração, eventualmente justificados por meio da reintrodução de argumentos religiosos no cuidado em saúde.

De acordo com os dados do DataSUS, que são reportados apenas entre os anos de 2018 a 2021, o procedimento 0303170204 - tratamento em psiquiatria por dia (com duração superior a 90 dias de internação ou reinternação), ou seja, internações longas que não são preconizadas como boas práticas para o cuidado em crise - aconteceram 8256 vezes em 13 estados diferentes.

Os dados sobre as internações curtas (duração inferior a 90 dias) e longas por unidade federativa, neste intervalo de tempo, são apresentados na Tabela 1. Tendo em consideração que novas internações de longa permanência devem ser reduzidas a zero, chama a atenção o fato de que, a partir de 2018, essas internações voltaram a acontecer.

Tabela 1: Internações com permanência superior ou inferior a 90 dias.

UF	Internações de Longa Permanência (Mais de 90 dias)				Internações de Curta Permanência (Menos de 90 dias)		
	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020
AM	32	0	4	0	185	227	108
MA	0	0	0	0	2797	6651	7061
PI	17	84	41	21	470	2292	1727
CE	234	173	192	52	3798	5205	4916
RN	56	149	242	62	231	3052	2612
PB	0	0	0	0	3013	2788	2548
PE	3	9	113	7	1264	1513	1366
AL	0	1	2	0	4584	6738	5355
BA	0	0	0	0	0	0	52
MG	0	0	0	0	526	606	504
ES	0	0	0	0	1	0	0
RJ	7	181	110	31	1605	4605	2671
SP	602	1389	1296	418	21371	30744	23578
PR	316	206	209	84	21517	25489	21504
RS	223	251	186	32	7144	9946	7372
MS	0	0	0	0	807	826	670
MT	20	23	28	5	1452	1734	1674
GO	45	79	115	40	6428	7859	7875
DF	625	140	76	25	1363	1936	1233
Total	4198	4704	4634	2798	80574	114230	94846

Nota: Procedimento 0303170204 (permanência maior que 90 dias) e 0303170077 (permanência menor que 90 dias).

Fonte: DataSUS (2021).

Dentro da estrutura da RAPS, existem os CAPS III, que funcionam por 24 horas, e têm como objetivo acolher de forma integral aos usuários em situação de crise ou para a prevenção da mesma, em seus leitos de acolhimento noturno, reduzindo inclusive as internações em hospital geral. Além dos CAPS, a atenção básica atua como porta de entrada para cuidar dos sofrimentos mentais leves e moderados, bem como de transtornos

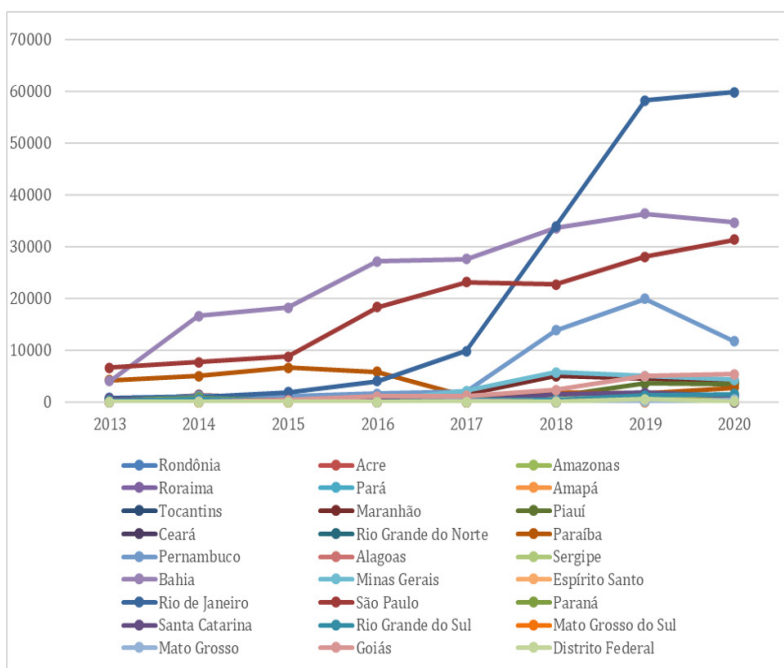
mentais comuns com suporte e matriciamento dos profissionais de saúde mental da RAPS.

Com o suporte de benefícios como o Programa de Volta pra Casa, Benefício de Prestação Continuada, inclusão social pelo trabalho e Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os usuários da RAPS possuem uma rede de acolhimento após internações de longa duração em hospitais psiquiátricos, para que possam viver novamente (ou, alguns, pela primeira vez) em comunidade, em liberdade, cuidando de sua saúde nos serviços comunitários da rede.

Como se pode observar, portanto, o argumento da reforma psiquiátrica nunca foi substituir um serviço por outro, mas substituir uma lógica de cuidado manicomial, ineficaz, desumana, por um cuidado integral, em rede na comunidade. Não se deseja, por sua vez, que algum tipo de serviço substitua o hospital psiquiátrico, pois se corre o risco de criar serviços asilares modernos, como as comunidades terapêuticas. O que é necessário de acordo com práticas baseadas em evidências e que colocam os direitos individuais dos pacientes psiquiátricos como prioridade é mudar integralmente a lógica de manejo ou exclusão do paciente para uma lógica de cuidado participativo, baseado nas necessidades singulares e na clínica ampliada da RAPS.

Quanto aos SRT, dispositivo de extrema importância à desinstitucionalização, pode-se observar que até o ano de 2019 havia um intenso investimento na expansão dos atendimentos realizados por esses serviços. Novamente utilizando dados do DataSUS, apresentamos uma análise gráfica dos atendimentos a SRT prestados pelos CAPS, que indica a produtividade destes serviços no atendimento às pessoas egressas de internações de longa duração (dois anos ou mais), conforme política estabelecida em fevereiro de 2000, pela Portaria n.º 106 do Ministério da Saúde (Brasil, 2000). Não foram incluídos neste gráfico os dados agregados de 2021 para evitar viés, uma vez que esta análise, tendo sido conduzida em junho de 2021, encontraria dados incompletos que poderiam indicar decréscimo ainda maior nestes atendimentos. Incluímos os procedimentos lançados como aprovados no sistema DataSUS.

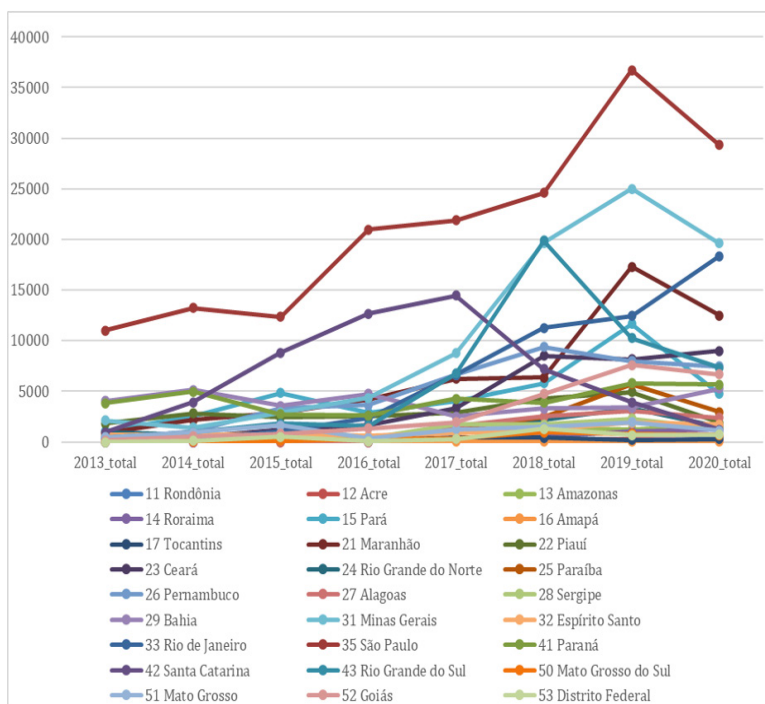
Figura 3: Gráfico de análise temporal dos atendimentos dos CAPS às SRTs (procedimento 0301080321) por unidade federativa no Brasil, entre os anos de 2013 e 2021.



Fonte: DataSUS (2021).

Também se pode observar que, quanto ao matriciamento, procedimento central para a redução dos casos complexos, cuidado na comunidade, prevenção primária e secundária em saúde mental e álcool e outras drogas, bem como redução da demanda aos CAPS de casos que não são graves e persistentes, houve intenso aumento do número de procedimentos registrados até o ano de 2019, com expressivo decréscimo entre 2019 e 2020. Novamente, não incluídos os dados de 2021.

Figura 3: Gráfico de análise temporal dos procedimentos 0301080305 de matriciamento de equipes de atenção básica por unidade federativa no Brasil, entre os anos de 2013 e 2021.



Fonte: DataSUS (2021).

Considerações finais

A Reforma Psiquiátrica é um movimento mundial de valorização do ser humano como protagonista de seu cuidado, que deve ser em liberdade, na comunidade, atendendo desde as suas necessidades na crise, com internação de curta duração em hospital geral, até as suas necessidades sociais de inserção na comunidade como cidadão que tem direito a trabalho, moradia e rede de apoio social, em contraposição ao modelo de asilamento praticado até por volta dos anos 70 do século passado, no mundo e até final dos anos de 1980, no Brasil.

Infelizmente, o avanço do conservadorismo político tem consequências à RAPS, que ainda estava em construção/implementação até 2016,

quando na mudança de gestão federal teve-se o primeiro rompimento com a evolução progressista do cuidado em saúde mental, até atingir situação ainda mais crítica em 2019 com a publicação de notas técnicas, decretos e resoluções do governo federal implementando serviços manicomialis na RAPS, reorientando a lógica do cuidado em crise para um sistema novamente manicomial.

Com dados sobre cobertura de CAPS, procedimentos realizados nos SRT e de matriciamento de equipes de atenção básica, pudemos evidenciar as consequências dessa contrarreforma na RAPS. Esse diagnóstico demanda intervenção imediata, precisamos da união de vários movimentos sociais, das mais diversas áreas que, assim como a saúde mental, sofrem com a guinada conservadora e negacionista, em busca da superação deste modelo de perda de direitos e retrocesso.

Referências

ABIDIN, M. Z. R. Z. *et al.* Employment programmes for schizophrenia and other severe mental illness in psychosocial rehabilitation: a systematic review. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 84, n. 10, p. 605-619, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0308022620980683>. Acesso em: 16 out. 2023.

ALMEIDA, J. M. C. de. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00129519>. Acesso em: 16 out. 2023.

ANDRADE-GONZÁLEZ, N. *et al.* Mentalizing Errors in Patients with Schizophrenia Who Received Psychosocial Rehabilitation: a Case-Control Study. **The Psychiatric quarterly**, v. 92, p. 947-959, 6 Jan. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11126-020-09863-x>. Acesso em: 16 out. 2023.

AZEVEDO, A. O.; SOUZA, T. de P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis**, v. 27, n. 3, p. 491-510, July. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000300007>. Acesso em: 16 out. 2023.

BARBOSA, B.; TEIXEIRA, F. A. F. Epidemiological and psychosocial profile of suicide in Brazil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 5, p. e32410515097-e32410515097, 8 May 2021. Disponível em: <https://rsd-journal.org/index.php/rsd/article/view/15097>. Acesso em: 4 jul. 2021.

BARBUI, C.; PAPOLA, D.; SARACENO, B. Forty years without mental hospitals in Italy. **International journal of mental health systems**, v. 12, n. 1, Dec. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-018-0223-1>. Acesso em: 16 out. 2023.

BOND, G. R. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 27, n. 4, p. 345-359, 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2975/27.2004.345.359>. Acesso em: 16 out. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria GM no 106, de 11 de fevereiro de 2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Estratégicas. Saúde **Mental em Dados 12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Governo Federal. **Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio**. [s. l.]: Ministério da Saúde, set. 2017.

CARVALHO, S. T. A.; NERI, B. C. M.; FARIAS, I. C. Comunidades Terapêuticas: um Relato de Experiência sob o Olhar da Psicologia Comunitária. **PSI UNISC**, v. 4, n. 2, p. 131-141, 2 jul. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17058/psiunisc.v4i2.14811>. Acesso em: 16 out. 2023.

CHISHOLM, D. *et al.* Scaling-up of treatment of depression and anxiety - Authors' reply. **The lancet. Psychiatry**, v. 3, n. 7, p. 603-604, July. 2016. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30131-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30131-6). Acesso em: 16 out. 2023.

COHEN, A.; KLEINMAN, A.; SARACENO, B. **World Mental Health Casebook: Social and Mental Health Programs in Low-Income Countries**. [s. l.]: Springer Science & Business Media, 2007. Disponível em: <https://play.google.com/store/books/details?id=4oThBwAAQBAJ>. Acesso em: 16 out. 2023.

DESVIAT, M.; RIBEIRO, V. **A reforma psiquiátrica**. [s. l.]: SciELO - Editora Fiocruz, 2015. Disponível em: https://play.google.com/store/books/details?id=Q_xDDwAAQBAJ. Acesso em: 16 out. 2023.

DUARTE, M. V. G.; BARROS, G. da S.; CABRAL, B. E. B. Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa? **Saúde em Debate**, v. 44, n. 127, p. 1151-1163, Oct./Dec. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104202012715>. Acesso em: 16 out. 2023.

FERNANDES, C. J. *et al.* Índice de Cobertura Assistencial da Rede de Atenção Psicossocial (iRAPS) como ferramenta de análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira. **Cadernos de Saude Pública**, v. 36, n. 4, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00049519>. Acesso em: 16 out. 2023.

ICB-INTERCONSULT BULGARIA LTD. Psychosocial Rehabilitation Programs Applied to Patients with Schizophrenia by Psychiatric Nurses: Systematic Review. **Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar**, v. 13, n. 1, p. 77-92, 2021. Disponível em: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=940436>. Acesso em: 6 jul. 2021.

KING, R.; LLOYD, C.; MEEHAN, T. **Handbook of Psychosocial Rehabilitation**. [s. l.]: John Wiley & Sons, 2013. Disponível em: <https://play.google.com/store/books/details?id=95oU7mzCI80C>. Acesso em: 16 out. 2023.

LIMA, R. C. O avanço da Contrarreforma Psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 29, p. e290101, 18 Apr. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2019.v29n1/e290101/pt/>. Acesso em: 4 jul. 2021.

MARTINS, P.; ORNELAS, J.; SILVA, A. C. The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. **Journal of Environmental Psychology**, v. 47, p. 44-52, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvp.2016.05.004>. Acesso em: 16 out. 2023.

MOLL, S.; HUFF, J.; DETWILER, L. Supported Employment: Evidence for a Best Practice Model in Psychosocial Rehabilitation. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, v. 70, n. 5, p. 298-310, 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/000841740307000506>. Acesso em: 16 out. 2023.

PASSOS, R. G. *et al.* Comunidades terapêuticas e a (re)manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. **Das Argument**, v. 12, n. 2, p. 125-140, 29 ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29064>. Acesso em: 16 out. 2023.

PERON, P. R. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. **Psicologia Revista**, v. 22, n. 2, p. 261-267, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/17993>. Acesso em: 25 out. 2023.

PINHO, P. H. *et al.* Desenvolvimento da Escala de Reabilitação Psicossocial para Usuários de Substâncias Psicoativas. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 7, p. e17710716418, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16418>. Acesso em: 16 out. 2023.

PITTA, A. M. F. **Reabilitação psicossocial no Brasil**. [s. l.: s. n.], 2001. Disponível em: https://books.google.com/books/about/Reabilita%C3%A7%C3%A3o_psicossocial_no_Brasil.html?hl=&id=I-hUPwAACAAJ. Acesso em: 16 out. 2023.

PITTA, A. M. F.; GULJOR, A. P. A violência da contrarreforma psiquiátrica no brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. **Cadernos do CEAS Revista crítica de humanidades**, n. 246, p. 6, 28 jun. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.25247/2447-861x.2019.n246.p6-14>. Acesso em: 16 out. 2023.

RANEY, L. Integrated care: the evolving role of psychiatry in the era of health care reform. **Psychiatric services**, v. 64, n. 11, p. 1076-1078, 1 Nov. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201300311>. Acesso em: 16 out. 2023.

SARACENO, B. Psychosocial rehabilitation as a public health strategy. **Psychiatric rehabilitation journal**, v. 20, n. 4, p. 10-15, 1997. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1997-05758-002.pdf>. Acesso em: 16 out. 2023.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. [s. l.: s. n.], 1999.

SARACENO, B.; GIUDICE, G. del; BARROS, S. **Ações dos serviços territoriais para inclusão social**. Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e

desafios nos 15 anos da Lei 10.2016. [s. l.]: Navegando Publicações, 2019. p. 125-141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7476/9786581417079.0008>. Acesso em: 16 out. 2023.

SARACENO, B.; SASHIDHARAN, S. P. **Basaglia's International Legacy: From Asylum to Community**. [s. l.]: Oxford University Press, 2020. p. 79-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198841012.003.0005>. Acesso em: 16 out. 2023.

SILVA, M. G. da. *et al.* Psychiatric hospitalizations in Brazil: exploratory and trend analysis from 2009 to 2019. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 70, n. 1, p. 39-44, Jan./Mar. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000303>. Acesso em: 16 out. 2023.

Percalços da Reforma Psiquiátrica no Nordeste brasileiro

Magda Dimenstein

João Paulo Macedo

Ana Carolina Rios Simoni

Mariana Tavares Cavalcanti Liberato

Natália Nogueira de Medeiros

Roberto Cirilo de Araújo Silva

Introdução

Muitos foram os desafios para a implementação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) desde a deflagração do processo de luta antimanicomial na década de 1980. Mas, é no cenário político atual que o SUS e as Redes de Saúde que lhe dão sustentação, a exemplo da Rede de Atenção Psicossocial, estão sofrendo golpes mais duros. Dentre os principais, destacam-se as ofensivas mais diretas contra a dimensão jurídico-política e institucional da RPB, que atingem de forma significativa o ideário democrático e de justiça social presentes na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), base para uma sociedade sem manicômios. Além disso, tais ofensivas colocam em risco as conquistas já consolidadas no plano técnico-assistencial, intensificando as fragilidades históricas da RPB, especialmente aquelas direcionadas a localidades marcadas por vulnerabilidades e desigualdades socioterritoriais.

Desde o segundo mandato do governo Dilma Rousseff (PT), entre 2014 e 2016, em meio à difícil conjuntura que se instaurou no país, ainda antes do golpe parlamentar-jurídico-midiático que a retirou da presidência da República, os opositores da PNSM – enquanto representantes dos interesses privatistas que dão sustentação ao manicômio e à indústria da loucura – avançaram no plano institucional, no âmbito do Ministério da Saúde, com a chegada à Coordenação Nacional de Saúde Mental. Foi o caso do médico psiquiatra Valencius Wurch Duarte Filho, nomeado em 2015, pelo

também médico psiquiatria Marcelo Castro (MDB-PI), que estava à frente do Ministério da Saúde, à época.

Na sequência, o golpe que orquestrou o *impeachment* de Dilma Rousseff, ainda em 2016, resultou na chegada de Michel Temer (MDB) (2016-2018) ao poder, abrindo diversas frentes de ataque às políticas sociais, aos direitos humanos e às minorias sociais. É nesse contexto que os opositoristas da RPB ocupam a Coordenação Nacional de Saúde Mental, em definitivo, com a nomeação do médico psiquiatra ligado à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Quirino Cordeiro Júnior.

De lá para cá muitos foram os golpes à PNSM, sendo que uma das primeiras linhas de ataque ocorreu na atenção ao uso de álcool e outras drogas, em meio a uma difícil correlação de forças para acomodar interesses e alianças com os setores evangélicos. Assim, as Comunidades Terapêuticas (CT) – entidades privadas, filantrópicas, quase sempre de cunho religioso, voltadas para pessoas com necessidades decorrentes do uso problemático de álcool e outras drogas, mas sem compromisso com as diretrizes da atenção psicossocial, pois baseiam o trabalho a partir do tratamento moral-religioso e laborterapia, com inúmeras denúncias de violação de direitos humanos (CFP, 2018) – foram forjadas como estabelecimentos de saúde (Portaria SAS/MS n.º 1.482/2016). Tal entrada foi possível com base na própria Portaria n.º 131/2012 que atualizou os componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), e pela Portaria n.º 3.088/2011, ao colocar as Comunidades Terapêuticas como ponto da rede assistencial em saúde mental.

Este feito resultou, na prática, na divisão do trabalho assistencial no campo álcool e drogas (AD), com ações complementares entre CAPSad e CT, com o primeiro como porta de entrada para o segundo. O campo AD passa, portanto, a configurar-se como um grande cenário de disputa entre defensores e opositores da RPB, na segunda década do século XXI, diante de um tema com forte apelo social, capitaneado pela grande mídia, em que ala manicomial acabou ganhando maior espaço pelas propostas que apresentavam: clausura como tratamento e como proteção da sociedade diante do modo como o tema era tratado (Guimarães; Rosa, 2019).

Vencido este *front* e criada a abertura necessária para o avanço das forças manicomiais no Ministério da Saúde, durante o governo Temer houve mudanças significativas na Política Nacional de Saúde Mental, com a

Portaria n.º 3.588/GM/MS/2017, contrária à RPB, com a centralidade das ações: a) na ambulatorização da atenção em saúde mental, em detrimento das ações e do cuidado territorial; b) na remanicomialização do cuidado em saúde mental, com o redirecionamento do financiamento para o setor dos hospitais psiquiátricos, além do aumento do valor da diária dos manicômios e abertura de alas psiquiátricas em hospitais gerais, quebrando com um importante ciclo de reversão da lógica do financiamento para serviços extra-hospitalares e de base comunitária; c) na ampliação de aportes financeiros significativos para as Comunidades Terapêuticas em detrimento dos CAPSad. Afora isso, as ofensivas impuseram que a Política Brasileira sobre Drogas ficasse alinhada ao paradigma proibicionista, e não com a perspectiva ético-política da Redução de Danos, como vinha acontecendo. Houve ainda a suspensão dos repasses da ordem de R\$ 1.077.141,12 para os serviços de base territorial, como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Atenção Integral em Saúde Mental em Hospital Geral (Guimarães; Rosa, 2019).

Tal conjuntura, já difícil, ganha contornos ainda mais ofensivos com a entrada de Jair Bolsonaro na Presidência da República em 2019, representando uma guinada ultraneoliberal e neoconservadora, com acenos fascistas e ataques sistemáticos à democracia e às instituições da República, em um projeto nitidamente necropolítico para o país. O agravamento da crise sanitária e econômica em função da pandemia da Covid-19, sob o comando do Governo Federal, com a quebra do pacto federativo e sem um plano de enfrentamento da crise, inclusive, no que diz respeito à vacinação da população, acompanhado do crescimento assustador do número de infectados e mortes, além do surgimento de novas variantes do vírus e o colapso do SUS, representam claramente o grave quadro que encontramos no Brasil.

Nesse contexto, os ataques em relação à RPB no governo Bolsonaro não pararam mesmo sob o contexto pandêmico. No primeiro mês do mandato foi editada a Medida Provisória n.º 870/2019, que tratou da organização administrativa e ministerial do novo governo, impondo a separação do campo AD da Política Nacional de Saúde Mental. O campo AD foi realocado no Ministério da Cidadania, com a criação da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas, ficando a Política Nacional de Saúde Mental

sob o comando do Ministério da Saúde. Além disso, em fevereiro de 2019 foi publicada Nota Técnica n.º 11 acerca das mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas, com a reorientação do modelo baseado na perspectiva da internação psiquiátrica, inclusive de crianças e adolescentes; na ampliação do tradicional parque asilar do país (manicômios e comunidades terapêuticas) e o seu fortalecimento com o redirecionamento do financiamento público; com a desqualificação da estratégia de atenção psicossocial e de redução de danos; além da previsão de financiamento público para aquisição de equipamentos de eletroconvulsoterapia pelo Fundo Nacional de Saúde (Guimarães; Rosa, 2019). Além do mais, em 2021, o médico psiquiatra Rafael Bernardon Ribeiro, defensor da eletroconvulsoterapia, é nomeado para a Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, em continuidade ao projeto antirreforma Psiquiátrica Brasileira, em curso no país (CFP, 2021).

No caso da RAPS – já fragilizada a partir da sequência de ataques referidos –, com a chegada da pandemia da Covid-19, se apresentou sem direcionamento e possibilidades de produzir linhas de ação de forma coordenada para a retaguarda e acolhida dos agravos e das necessidades em saúde mental diante das inúmeras perdas e processos de luto vividos pela população pela morte dos seus entes queridos, e em função da crise financeira, desemprego, fome, e o distanciamento e isolamento social da população em geral.

Somado a isso, destaca-se o esgotamento físico e psíquico por parte de profissionais da saúde e da educação, devido à intensificação do trabalho, surgimento de casos recorrentes de sofrimento psíquico, crise suicida, uso abusivo e problemático de álcool e outras drogas, situações de violência doméstica, dentre outras necessidades em saúde mental, que se intensificaram ao longo da pandemia e que, pelo esforço das equipes de saúde, avançou na experimentação de algumas medidas, mas sem qualquer direcionamento ou planejamento apresentado por parte da Coordenação Nacional de Saúde Mental.

É fato que o sucateamento das diversas políticas sociais, dentre elas a Política Nacional de Saúde Mental/PNSM, atinge frontalmente povos e territórios historicamente mais desfavorecidos socioeconomicamente, especialmente em cenários de vulnerabilidade e desigualdades socioterritoriais,

como temos visto em muitas localidades do país, e em particular, no Nordeste brasileiro. Sabe-se que grande parte das populações que habitam essa região do país está localizada em municípios de pequeno porte, marcados por baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços (Viana *et al.*, 2015), o que demanda maior investimento por parte das políticas sociais e linhas de ação estruturantes de políticas públicas e ações de equidade para o enfrentamento de condições de vida adversas e de precarização da vida.

Compreendemos que, do ponto de vista da saúde mental, há um amplo desconhecimento das necessidades de atenção dos moradores dos chamados “visados territórios dos invisíveis” no país (Leroy; Meireles, 2013), considerando que são localidades que encontram imensas dificuldades no acesso à saúde, o que resulta, com frequência, em índices alarmantes de morbimortalidade. Fica então a pergunta: como tem se configurado a cobertura de serviços e necessidades de cuidado em atenção psicossocial em cenários de vulnerabilidade e desigualdades socioterritoriais a partir da conjuntura de ataques ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira?

Para compreender uma fração dessa dura realidade em que nos encontramos, propomos neste estudo apresentar análises referentes à atenção à saúde mental de populações vulneráveis em municípios de três estados nordestinos, tendo o princípio ético-político da equidade em saúde como norteador do trabalho de pesquisa. Para tal, tomou-se por objeto a interiorização e expansão da cobertura da RAPS nestes territórios, considerando sua relação com os índices de morbimortalidade em saúde mental, as condições de vida da população, a presença e a ausência de povos tradicionais e os marcadores de raça/cor, classe social e sexo.

No seu conjunto, a pesquisa visou colocar o foco sobre um aspecto, não raro, invisibilizado nos debates que envolvem a RPB, a saber, o modo como as iniquidades atravessam o cotidiano da atenção em saúde mental, demandando, portanto, problematizações acerca dos modos pelos quais a equidade comparece ou não na estratégia de transformação do modelo de atenção em saúde mental posto em marcha com a implantação e ampliação da atenção psicossocial no Brasil, em um período de dez anos – 2008 a 2018, cobrindo o período da difícil conjuntura em que se encontra o país.

De forma mais específica, daremos especial atenção a um cenário multifacetado e em permanente transformação, fortemente marcado por

condições de vida adversas, que é realidade dos municípios que contam com áreas de assentamento rural e comunidades quilombolas, expondo assim uma complexa rede de determinações sociais que conformam um quadro de morbimortalidade onde os processos de alcoolização, o suicídio, o uso indiscriminado de psicofármacos e substâncias psicoativas, os padrões de internação psiquiátrica, dentre outras questões, aparecem de forma significativa e preocupante (Dimenstein *et al.*, 2020; Macedo *et al.*, 2018).

Assim, ao analisar tais cenários pretendemos perceber como reverberam nos indicadores de saúde mental, mediante um olhar atento às disparidades regionais na interiorização da rede e aos municípios com comunidades de assentamentos rurais e quilombolas, abrindo à problematização das iniquidades e do princípio da equidade no necessário e aberto debate da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Este é um estudo descritivo, a partir da análise quantitativo-exploratória, em que se combinaram diferentes bases de dados disponíveis em domínio público, com o recorte temporal de 2008 a 2018: 1) microdados recuperados do Departamento de Atenção Básica (DAB) referente à cobertura das equipes da ESF, NASF e ACS nos municípios dos estados do Ceará, Piauí e o Rio Grande do Norte, levando em consideração ainda os dados do país; 2) microdados recuperados do Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DataSUS), referentes aos indicadores de saúde mental (internação hospitalar em transtornos mentais e comportamentais, tempo médio de permanência das internações) e óbito por suicídio e casos de tentativa de suicídio); 3) microdados disponibilizados pela Coordenação Nacional de Saúde Mental concernente aos serviços que compõem os principais pontos de atenção da RAPS nos três estados anteriormente referidos; 4) microdados recuperados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (Incra) referentes aos municípios brasileiros com assentamentos rurais da reforma agrária; 5) microdados recuperados da Fundação Cultural Palmares referentes aos municípios brasileiros com comunidades quilombolas.

A base de dados foi analisada de forma descritiva por meio do software *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS), versão 21. A discussão enfocou os problemas referentes à cobertura assistencial em atenção primária e saúde mental, tendo como categorias de análise

as Regiões de Saúde (RS) de cada estado, os índices de morbimortalidade em saúde mental, as condições de vida da população, a presença e ausência de povos tradicionais e os marcadores de raça/cor, classe social e sexo.

De acordo com o modelo apresentado por Viana *et al.* (2015), avaliação do processo de regionalização da saúde no Brasil, agrupou-se os 5.570 municípios nas 438 regiões de saúde existentes no país, levando-se em conta o desenvolvimento socioeconômico, a oferta e a complexidade dos serviços de saúde em cada contexto regional. Assim ficou estabelecido 5 grupos: G1 – baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, com 175 regiões, 2.151 municípios e 22,5% da população brasileira, localizadas predominantemente no Nordeste; G2 – médio/alto desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, com 47 regiões, 482 municípios e 5,7% da população, localizadas em sua maioria nas regiões Centro-Oeste, Sudeste e Norte; G3 – médio desenvolvimento socioeconômico e média/alta oferta de serviços, com 129 regiões, 1.891 municípios e 20,3% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul; G4 – alto desenvolvimento socioeconômico e média oferta de serviços, com 27 regiões, 300 municípios e 10,6% da população, localizadas em sua grande maioria na região Sudeste; e G5 – alto desenvolvimento socioeconômico e alta oferta de serviços, com 60 regiões, 746 municípios e 40,9% da população, localizadas predominantemente nas regiões Sudeste e Sul.

A apresentação dos resultados traz o panorama da RAPS na realidade dos estados do Ceará (CE), Piauí (PI) e Rio Grande do Norte (RN), desdobrando três eixos de problematização, a saber: desigualdades socioterritoriais e iniquidades do acesso em localidades que contam com comunidades rurais tradicionais; fatores associados à geração de demanda hospitalar e de cuidados especializados em saúde mental em localidades que contam com comunidades rurais tradicionais; e expressões do racismo na saúde mental: interseccionalidades em cenários de vulnerabilidade.

RAPS em parte do Nordeste

O Ceará possui 184 municípios que estão organizados em 22 diferentes regiões de saúde. Destes, 166 (90,2%) comportam mais metade da população do estado (58,3%) e estão localizados em territórios com baixo

desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. O Piauí, por sua vez, possui 224 municípios, que se dividem em 11 regiões de saúde, das quais 10 (90,9%) estão localizadas em territórios de baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços. O Rio Grande do Norte possui 167 municípios, dos quais 95,81% são de pequeno porte (com menos de 50 mil habitantes), sendo que o maior deles tem baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços.

Quanto à organização da RAPS, a atenção primária nos três estados indica que todos os municípios contam com ACS, equipes ESF e ao menos uma equipe NASF. Porém, do ponto de vista do percentual de equipes credenciadas em relação ao teto possível, percebe-se que o Piauí é, proporcionalmente, o estado com maior cobertura (86,54%) de ESF, seguido do Rio Grande do Norte (61,29%) e do Ceará (57,68%), que apesar de possuir mais equipes é o que possui menor cobertura. A disparidade do Piauí em comparação ao Ceará e ao Rio Grande do Norte se repete quando observada a proporção de ACS credenciados em relação ao teto estabelecido pelo MS: 89,3% contra 67,49% no CE e 66,39% no RN.

Pode ser observado também, no que diz respeito à porcentagem de NASF cadastrados em relação ao máximo de habilitações possíveis para cada município/estado, que o CE, RN e PI têm percentuais semelhantes, embora o Piauí possua o melhor número entre os três: Piauí com 67,94% da capacidade de habilitação de NASF concretizada, Rio Grande do Norte 63,86% e Ceará 62,76%.

Tabela 1: Porcentagem de habilitações de APS por estado, capital/interior, em relação ao teto de implantação.

	Nº ACS	% ACS	Nº ESF	% ESF	Nº NASF	% NASF
RN	5.767	66,39	1.064	61,29	182	63,86
Capital	2.194	23,79	104	23,69	3	15,00
Interior	6.492	80,79	960	74,02	179	67,55
CE	15.122	67,49	2.586	67,5	295	62,77
Capital	2.202	33,75	365	27,97	26	35,62
Interior	12.920	81,35	2.221	69,89	269	67,76
PI	7.171	89,30	1.351	84,6	265	67,95
Capital	1.378	65,03	263	62,03	3	5,77
Interior	5.793	98,00	1.088	92,83	262	77,51

Fonte: Departamento de Atenção Básica (referência: dez. 2018).

Os dados indicam uma interiorização bem-sucedida das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família nos três estados, enquanto os Núcleos Ampliados de Saúde da Família avançaram menos em termos de cobertura. O NASF é a estratégia com menores índices de habilitação e, portanto, menores coberturas, o que para a atenção em saúde mental podemos considerar como um vetor de vulnerabilização dos cuidados no território. Destaca-se, no entanto, a importância dos NASF nesses cenários, para apoiar e qualificar o trabalho das ESF e ACS quanto à atenção psicossocial, uma vez que “o apoio matricial pode ser uma ferramenta facilitadora da acessibilidade dos usuários de saúde mental aos serviços de saúde” (Quinderé *et al.*, 2013, p. 2165).

Tabela 2: Quantitativo por tipo e cobertura de CAPS por estado, capital/interior e grupos de regiões de saúde por condições socioeconômicas e de oferta de serviços.

	CAPS I	CAPS II	CAPS III	CAPS AD	CAPS ADIII	CAPSi	Cobertura
RN	18	11	1	5	2	3	0,93
GRUPO 1	13	4	1	1	1	0	0,87
GRUPO 3	4	2	0	1	1	1	1,51
GRUPO 5	1	5	0	3	0	2	0,78
Capital	0	2	0	2	0	1	0,56
Interior	18	9	1	3	2	2	1,05
CE	65	30	3	23	3	7	1,13
GRUPO 1	56	23	1	13	1	2	1,31
GRUPO 2	2	2	0	2	0	2	1,30
GRUPO 3	3	0	2	2	0	1	1,77
GRUPO 5	4	5	0	6	2	2	0,64
Capital	1	5	0	4	2	2	0,55
Interior	64	25	3	19	1	5	1,36
PI	41	8	1	6	2	2	1,27
GRUPO 1	32	5	0	5	2	1	1,49
GRUPO 3	9	3	1	1	0	1	0,91
Capital	0	3	1	1	0	1	0,76
Interior	41	5	0	5	2	1	1,46
Nordeste	996	111	13	66	18	33	1,33
Brasil	2.256	393	59	254	57	155	1,00

Fonte: Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (referência: dez. 2018).

Em relação à expansão da Atenção Psicossocial Especializada, observa-se que a modalidade de Centro de Atenção mais presente é a de

CAPS I, havendo poucos CAPS infanto-juvenis, álcool e drogas e de atenção 24h nos três estados. No geral, as coberturas são altas, em comparação às nacionais (1 CAPS por 100.000 hab.), e satisfatórias em relação às da região Nordeste (1,33), variando entre 0,93 e 1,27 CAPS por 100.000 habitantes. O Rio Grande do Norte, que possuía uma taxa de cobertura de 0,64 em 2008, alcançou 0,92 em 2014 e 0,93 em 2018; o Ceará, que figurava com 0,79 CAPS por 100.000 hab. Em 2008, obteve em 2014 a taxa de 1,10 e, em 2018, 1,13; o Piauí, por sua vez, obtinha em 2008 uma cobertura de 0,58 CAPS por 100.000 hab., em 2014, 1,13 e em 2018, 1,27. Estes dados demonstram uma aceleração da expansão da Atenção Psicossocial Especializada nos três estados na última década, com uma leve desaceleração observada a partir de 2015.

É possível observar, também, uma tendência à centralização dos serviços especializados de Atenção Psicossocial nas capitais e grandes municípios no interior dos estados, que parecem desempenhar o papel de referência para atenção psicossocial especializada em algumas regiões de saúde, embora as taxas de cobertura sigam baixas nestes locais.

Alertamos que a baixa presença de CAPSad nos três estados contrasta com o alto número de Comunidades Terapêuticas, fazendo pensar sobre a relação entre a existência destas e a inibição da expansão da atenção psicossocial especializada em álcool e drogas. Os três estados possuem juntos 222 Comunidades Terapêuticas (CT) distribuídas, majoritariamente, em municípios do interior.

Nos estados do Piauí e Ceará, as regiões de saúde que possuem o maior número de CT pertencem ao grupo de maior desenvolvimento e oferta de serviços nos estados, onde se encontram as respectivas capitais. Já no RN, a região com maior concentração de CT está no grupo de menor desenvolvimento socioeconômico e não dispõe de nenhum CAPSad.

Quanto à atenção hospitalar, as taxas de cobertura dos leitos de saúde mental em hospital geral assemelham-se, sendo possível dizer que o número total de leitos dos três estados é bastante baixo: no RN, 1 leito de saúde mental para cada 319 mil habitantes; no Ceará, 1 leito para cada 358 mil habitantes; e, no Piauí, 1 para cada 323 mil habitantes. No caso dos leitos psiquiátricos, totalizam-se 1.079 leitos SUS nos três esta-

dos, observando-se um padrão de centralização nas regiões que comportam as capitais. O RN é, proporcionalmente, o estado com maior cobertura de leitos psiquiátricos: há uma proporção de cerca de 1 leito para cada 9 mil habitantes, enquanto Ceará e Piauí possuem, respectivamente, 1 para cada 16 mil e 1 para 20 mil. Neste caso, é possível dizer que as internações seguem ocorrendo majoritariamente em leitos de hospitais psiquiátricos.

Em síntese, entendem-se os avanços no processo de regionalização nos três estados investigados, impactando em níveis satisfatórios de cobertura pelas equipes da atenção primária, à exceção do NASF, bem como de expansão dos dispositivos da RAPS, em especial, nas regiões com menor desenvolvimento socioeconômico e de oferta de serviços. Isso demonstra um importante processo de interiorização da atenção, pautado pelo princípio da equidade, na medida em que os vazios assistenciais vêm sendo progressivamente diminuídos nos territórios mais vulneráveis, possibilitando que um gradiente mais amplo de necessidades em saúde mental seja satisfeito.

Ressalta-se, porém, que o componente da Atenção Hospitalar é o mais frágil no que se refere ao processo de interiorização e expansão do acesso em hospitais gerais, desafio que se recrudescer nos cenários atuais de remanicomialização, ainda mais acompanhado do desmonte das equipes de atenção primária, especialmente do NASF, e o avanço das comunidades terapêuticas no campo AD.

Na sessão seguinte apresentaremos as contradições desse processo, por um olhar mais específico voltado à realidade de localidades pouco debatidas no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, que trata dos municípios de pequeno porte, marcados por baixo desenvolvimento socioeconômico e baixa oferta de serviços, e que contam com comunidades rurais tradicionais.

Desigualdades socioterritoriais e iniquidades do acesso

O Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte, juntos, somam 575 municípios, dos quais 57% contam com a presença de povos tradicionais rurais (PI=138; CE=113; RN=79) e 43% não registram presença dessas populações (PI=86; CE=71; RN=88). Os municípios que contam com assentamentos rurais e comunidades quilombolas em seus territórios têm uma popu-

lação total de mais de 8 milhões de pessoas, o que representa 55% da população dos 3 estados, que gira em torno dos 15.677.841 habitantes. Tais localidades estão presentes em todas as regiões de saúde dos três estados. Essas RS possuem particularidades geográficas, climáticas e de desenvolvimento socioeconômico quanto à oferta e acesso aos serviços de saúde. Dessa maneira, daremos especial atenção aos 48 municípios que contam simultaneamente com assentamentos rurais e comunidades quilombolas nos três estados.

Do ponto de vista da organização dos serviços de saúde, 93,8% dos 48 municípios contam com uma rede pouco diversificada de estabelecimentos de saúde. No caso da atenção primária não atingem o teto de equipes e profissionais previstos e quanto à atenção em saúde mental especializada, serviços tipo CAPS, em suas diversas modalidades, estão presentes em somente 26 dos 48 municípios. Ressalta-se que 21 deles não atendem ao critério mínimo de 15 mil habitantes para abertura de CAPS e a maior parte não atende ao critério populacional de 70 mil habitantes para CAPS ad e de 200 mil para CAPS III, CAPS ad III, CAPS i. Em relação aos CAPS ad, há um número limitado de 10 serviços. O mesmo acontece com o único CAPS i encontrado.

Em contraste, é possível identificar a existência de 31 CT nos três estados. Destaca-se que 17 dos 48 municípios (07 no RN, 01 no CE e 09 no PI) não possuem nenhum equipamento da RAPS. Outros 05 municípios contam apenas com a retaguarda de CT. Considerando as perspectivas futuras, estas não parecem animadoras diante do contexto de desmonte gradual da Política Nacional de Saúde Mental e do processo de organização das Redes de Atenção à Saúde, reverberando em desigualdades regionais na implantação da RAPS, fragilidades no sistema de governança, de planejamento, de pactuações e dependência das disputas políticas locais, regionais e nacionais (Bandeira; Campos; Gonçalves, 2019).

Essas manobras estão criando muitas dificuldades para a expansão e consolidação da RAPS. Não há linhas de financiamento, faltam parcerias regionais mais estruturadas e são escassas as pactuações para compartilhamento de serviços e, até mesmo, a capacidade técnica das equipes da atenção primária e especializada para trabalharem de forma colaborativa

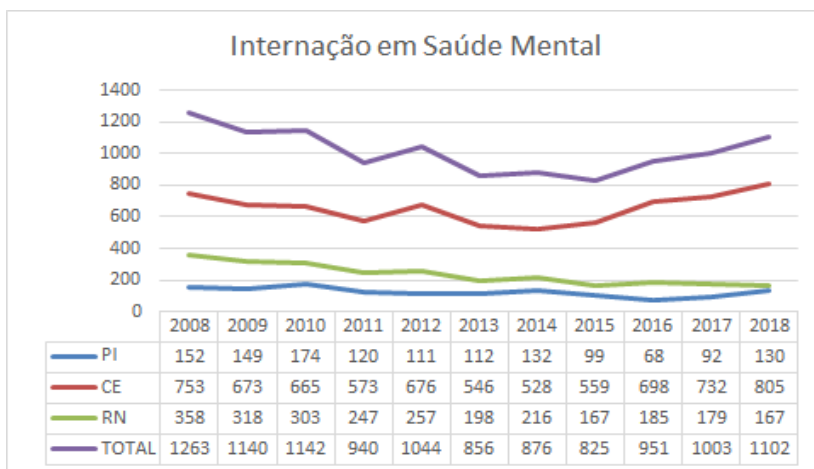
e em rede. Nesse cenário de iniquidades, a falta de acesso adequado aos cuidados em saúde mental é mais um elemento da política de abandono e morte destinada a certas parcelas da população, dentre as quais, as tradicionais rurais.

Nesse sentido, passamos para o tópico seguinte para olhar o impacto de tais contradições nos indicadores da assistência ofertada a partir do processo de interiorização e regionalização da RAPS. Interessa saber qual o impacto do processo de regionalização da RAPS nas internações em saúde mental nos três estados nordestinos, em especial, na população oriunda dos municípios que contam com comunidades rurais tradicionais.

Cuidados hospitalares em saúde mental

Do ponto de vista das necessidades em saúde mental da população nos 48 municípios que contam com assentamentos rurais e comunidades quilombolas, percebe-se que o número de internações psiquiátricas de pessoas oriundas dessas localidades alcançou um total de 11.142 em 10 anos. Observa-se uma tendência de decréscimo no período, mas uma retomada a partir de 2015.

Figura 1: Série histórica dos casos de internação hospitalar em transtorno mental nos 48 municípios com comunidades quilombolas e assentamentos rurais (2008-2018).



Fonte: Os autores (2021).

Apesar dessas internações se referirem ao município de residência do usuário, ocorreram em hospitais psiquiátricos das capitais ou regiões metropolitanas, indicando que são instituições que ainda mantêm uma centralidade na atenção em saúde mental, apesar dos esforços empreendidos em mais de 20 anos de reforma psiquiátrica e de luta antimanicomial; e que há fragilidades na atenção à crise nos 48 municípios, seja pela falta de CAPS III, seja de leitos de atenção psicossocial e demais equipamentos de retaguarda da RAPS, inclusive nas regiões de saúde em que esses municípios se encontram ou falta regulação para garantia da assistência. Certamente tal quadro se constitui em um desafio para a RPB, conforme apontado por Cruz, Guerrero e Vieira (2019).

Considerando a soma dos três estados, as internações públicas (4.201; 37,7%) são superiores às privadas (3.741; 33,6%) e não informadas (3.200; 28,7%), porém, é visível o crescimento das internações privadas no período. Apesar de a maioria ser em caráter de urgência, tanto nas instituições públicas quanto nas privadas, observou-se que as de caráter eletivo nas instituições privadas superam 30 vezes as públicas. Em termos de dias de permanência, nota-se, em 10 anos, uma diminuição importante nos três estados: em 2008, a média era de 33,3 dias, já em 2018 foi de 26,4 dias. Contudo, o que se destaca é que há um retorno aos padrões de internações mais longas a partir de 2015; que as instituições privadas registram quase 50% mais dias de internação do que as públicas e que as internações de caráter eletivo duram em média 47 dias, superando as de urgência, com média de 30 dias.

O aumento do número e do tempo das internações psiquiátricas e o protagonismo das instituições privadas nesse cenário de reaquecimento da política manicomial certamente são reflexos da conjuntura de desmonte e retrocessos já referidos. Assim, compreendemos que o aumento do tempo de internação, acompanhado do pequeno número de implantações de leitos de atenção psicossocial (que são em hospitais gerais), sinalizam, junto a outros dados, que a interiorização e a regionalização da RAPS precisa ser fortalecida de modo a superar a realidade dos vazios assistenciais, além de passar por um processo de qualificação do cuidado de forma continuado e coordenado, acompanhado da regulação do fluxo de atendimen-

tos, para que a lógica asilar/hospitalocêntrica não permaneça e continue a consolidar-se com o hospital no centro da rede e a doença no centro do processo saúde-doença-cuidado.

Quando se trata de avaliar a ampliação da RAPS, em regiões vulneráveis, especialmente envolvendo a realidade de comunidades rurais e povos tradicionais, algumas perguntas emergem: o acesso a serviços especializados de saúde mental (CAPS e leitos psiquiátricos) nos territórios de maior desigualdade social poderia reforçar a lógica de segregação característica da lógica manicomial? Embora se perceba uma ampliação da cobertura de atenção básica, estariam estes serviços se responsabilizando pelo cuidado territorial ou reforçando a lógica da centralidade das internações? Considerando a realidade dos marcadores sociais de gênero, de idade e étnico-racial que marcam tais populações, como tais aspectos se apresentam nos indicadores de saúde mental ao longo do período investigado?

Expressões do racismo na saúde mental

Quanto à distribuição de internações por sexo, no intervalo entre 2008 e 2018, os homens registram mais internações do que as mulheres nos três estados: 63,7% (n=7.105) são homens e 36,3% (n=4.037) são mulheres. Além disso, os homens ficam 70% mais tempo internados do que as mulheres. Em relação à faixa etária, houve destaque na população de 30 a 39 anos (n=3.146), seguida de 20 a 29 anos (n=2.673) e de 50 a 59 anos (n=2.405). Em relação à cor/raça da pele, a população negra sobressai com 40,3% (n=4.493) dos casos, seguida da branca com 7% (n=780) e amarela com 1,2% (n=130). Há muita escassez de informação a esse respeito nos três estados, visto que 51,4% dos registros não informam esse dado, indicando que apesar da importância disso, não há controle de preenchimento nos sistemas de informação do SUS. A ausência desse registro, obrigatório em todos os sistemas de informações do Sistema Único de Saúde desde a Portaria n.º 344/2017, gera impactos negativos como a subnotificação, a qual tem efeitos importantes como a invisibilidade dos problemas dessas populações.

Em termos de internações por diagnóstico, Esquizofrenia/Transtornos esquizotípicos e delirantes é o diagnóstico mais frequente nos três

estados. Na sequência, consta o uso de álcool, o uso de substâncias psicoativas e transtornos de humor, havendo pequenas alterações na ordem desses diagnósticos por estado. Como exposto anteriormente, as internações masculinas são muito superiores às femininas e essa diferença é ainda mais gritante quando se trata do uso de álcool ($H=1.212/M=184$) e de substâncias ($H=1.340/M=271$). Sobre a relação entre diagnóstico e cor/raça, apesar da subnotificação, os dados indicam que se trata de uma população majoritariamente jovem, negra, masculina, que é internada em instituições psiquiátricas com diagnóstico de esquizofrenia ou por uso de álcool e/ou substância psicoativa.

Em relação aos óbitos por saúde mental, não hospitalares, houve um aumento em 10 anos. Em relação aos marcadores sociais analisados, os homens registraram três vezes mais mortes do que as mulheres; a maioria era negra, solteira, na faixa etária de 40 a 49 anos, com 1 a 3 anos ou nenhuma escolaridade. Observou-se que o número de mortes aumenta quanto menor o nível de escolaridade/anos de estudo: foram 1040 casos com baixa escolaridade e apenas 22 com registro de 12 anos ou mais de estudos. Esse padrão se manteve no que se refere à mortalidade hospitalar em saúde mental: são homens entre 30 e 49 anos, com diagnóstico de esquizofrenia ou transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool ou uso de outras substâncias psicoativas. Em termos de regime de internação, houve o mesmo número de mortes nos hospitais públicos e privados ($n=11$), superados pelos estabelecimentos ignorados ($n=13$).

Em termos de suicídio, em 10 anos, o total de casos aumentou, passando de 112, em 2008, para 138, em 2018. Os municípios que registraram o maior número de internações psiquiátricas também registram mais ocorrência de suicídio, a saber: no PI (Amarante e São Miguel do Tapuio, com 26 e 23 casos, respectivamente); no CE (Caucaia, Tauá e Aquiraz com 219, 68 e 53 casos, respectivamente); no RN (Açu, Ceará-Mirim e Macaíba, com 36, 24 e 22 casos, respectivamente).

Em termos de sexo, estado civil, cor/raça e faixa etária, o mesmo padrão anteriormente apontado se repete: trata-se de homens (80,6%), solteiros (52%) e negros, contudo, mais jovens, com idade entre 20 e 29 anos. De acordo com o CID-10, lesão autoprovocada intencionalmente por

enforcamento, estrangulamento e sufocação foram as categorias mais encontradas nessa população. Nota-se que mesmo o enforcamento sendo a principal estratégia entre homens, há uma variedade de outros registros como uso de sedativos, envenenamento etc.

Os dados relativos às tentativas de suicídio seguem a mesma tendência de aumento nos 10 anos, registrando um total de 1.318 casos, porém, evidencia-se uma preocupante ampliação de quase 20 vezes, passando de 21, em 2008, para 410, em 2018. Contrariamente ao perfil de prevalência de homens até então apresentada, a distribuição de casos de tentativa de suicídio por sexo revela que mulheres (n=976) registraram quase três vezes mais que homens (n=342) nesse período. Quanto à raça/cor e faixa etária, segue-se o padrão de pessoas negras e jovens. Quanto à escolaridade, apesar da subnotificação, com grande parte dos registros em branco ou ignorado, evidencia-se o maior número de casos entre pessoas que possuíam Ensino Fundamental incompleto. Ademais, destaca-se que a maioria das tentativas de suicídio é feita por meio de medicamentos e uso de raticidas.

Considerações finais

À guisa de conclusão, esse estudo veio destacar as contradições do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, no período entre 2008 e 2018, passando pelo cenário de retrocessos e desmontes, e o quanto este quadro impacta realidades de populações moradoras de territórios em franca desvantagem do ponto de vista da oferta de serviços e de desenvolvimento social.

Os variados indicadores apresentados alertam que os territórios de vida dessas populações são marcados pelo baixo desenvolvimento social e baixa oferta de serviços de saúde, apresentam problemas de acesso e cobertura adequada de equipes da Atenção Primária à Saúde e de equipamentos da RAPS, configurando a existência de vazios assistenciais que potencializam a desproteção em saúde mental.

Observa-se o desmonte gradual da Política Nacional de Saúde Mental e do processo de organização das Redes de Atenção à Saúde, reverbe-

rando em desigualdades regionais na implantação da RAPS, fragilidades no sistema de governança, de planejamento e pactuações, que impactam na capacidade técnica das equipes da atenção primária e especializada para trabalharem de forma colaborativa e em rede.

Por fim, observa-se o entrecruzamento e a combinação de fatores que influenciam a situação de saúde mental de municípios com povos tradicionais rurais, como a precariedade nas condições de vida e trabalho, retaguarda insuficiente de serviços de atenção psicossocial e desigualdades étnico-raciais e de gênero da morbimortalidade psiquiátrica.

Evidenciam-se, assim, os efeitos psicossociais diretos desse cenário na produção de sofrimento psíquico, especialmente entre a população masculina, negra e jovem.

Referências

BANDEIRA, F. J. S.; CAMPOS, A. C. V.; GONÇALVES, L. H. T. Rede de atenção: fragilidades no processo de implementação na perspectiva de especialistas em gestão da atenção primária. **Enfermagem em Foco**, Brasília, p. 24-29, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Brasília, DF: CFP, 2018. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/06/Relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas_web.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Entidades da Psicologia questionam nomeação de novo coordenador-geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde**. [S.l.]: CFP, 2021. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/entidades-da-psicologia-questionam-nomeacao-de-novo-coordenador-geral-de-saude-mental-do-ministerio-da-saude>. Acesso em: 14 maio 2021.

CRUZ, K. D. F. D.; GUERRERO, A. V. P.; VIEIRA, J. S. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. **Revista do NUFEN**, v. 11, n. 11, p. 117-132, 2019.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Desigualdades, racismos e saúde mental em uma comunidade quilombola rural. **Amazônica-Revista de Antropologia**, v. 12, n. 1, p. 205-229, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpa.br/index.php/ivenica/article/view/8303>. Acesso em: 14 maio 2021.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O social em questão**, v. 22, n. 44, p. 111-138, 2019. Disponível em: <http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infolid=686&sid=59>. Acesso em: 14 maio 2021.

LEROY, J. P.; MEIRELES, J. Povos Indígenas e Comunidades Tradicionais: os visados territórios dos invisíveis. *In*: PORTO, M. F.; PACHECO, T.; LEROY, J. P. (org.). **Injustiça ambiental e saúde no Brasil: o Mapa de Conflitos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. P. 115-31. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/468vp/pdf/porto-9788575415764.pdf#page=112>. Acesso em: 14 maio 2021.

MACEDO, J. P. *et al.* Apoio social, transtorno mental comum e uso abusivo de álcool em assentamentos rurais. **Trends in Psychology**, v. 26, n. 3, p. 1123-37, 2018.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2157-2166, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2157-2166/>. Acesso em: 14 maio 2021.

VIANA, A. L. D. *et al.* Tipologia das Regiões de Saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 413-422, 2015.

Centros de Atenção Psicossocial: cuidado de adolescentes

Janaina Cristina Pasquini de Almeida

Morena Chiara Riccio

Ana Paula Ferreira

Jacqueline de Souza

Introdução

A adolescência constitui-se em uma fase decisiva em termos de construção da identidade e a relação com os pares e com diferentes grupos nesse período contribui sobremaneira para a melhoria do repertório de habilidades sociais do sujeito (Luckow; Cordeiro, 2017).

Ao passo que o adolescente distancia-se, de certo modo, do seio familiar em decorrência do processo de individuação, os amigos passam a exercer maior influência sobre ele e isso culmina, muitas vezes, na vivência de experiências diversas às que eram usuais, bem como em maior variedade e mesmo ressignificação dos espaços que frequenta (Luckow; Cordeiro, 2017), como a escola, a “praça” do bairro, “bailes funks”, o “fluxo” e outros lugares nos quais o acesso, a oferta e o uso de drogas ampliam-se em termos de possibilidades.

Estudos prévios apontam que os adolescentes que possuem vínculos fragilizados com seus familiares e vivenciam situações como dificuldades financeiras, estrutura domiciliar precária, conflitos interpessoais e pouco acesso a lazer, cultura e educação estão mais propensos a adotar comportamentos de maior risco psicossocial como é o caso do uso de drogas, sobretudo nesta etapa do ciclo vital (Paiva *et al.*, 2018; Ramos, 2019).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) álcool e outras drogas (AD) III, dentre eles os infanto-juvenis (ij), foram implementados a partir da necessidade de reassegurar os direitos dos adolescentes, sobretudo aqueles com problemas relacionados ao uso de drogas, e estão amparados pela Constituição Federal de 1988, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente

(ECA) de 1990 e pela legislação específica de Saúde Mental (Brasil, 1992, 2001, 2002, 2011).

Trata-se de pontos de atenção instituídos com vistas a reduzir o número de internações psiquiátricas de adolescentes em decorrência do uso de substâncias psicoativas. Destinam-se ao cuidado contínuo e integral deste público sob a lógica da reabilitação psicossocial e de redução de danos, priorizando ações territoriais e envolvendo as famílias e demais redes sociais. Desse modo, o CAPS AD III ij compõe o rol de recursos do modelo de atenção psicossocial e configura-se em um ponto estratégico em termos territoriais e de articulação de ações intra/intersectoriais no campo da saúde mental (Brasil, 2012).

O processo de trabalho nos CAPS tem caráter multiprofissional, o que viabiliza o cuidado sob uma perspectiva ampliada com planejamentos, implementação e avaliação das ações a partir das diferentes óticas dos núcleos profissionais envolvidos, contribuindo para maior resolubilidade do cuidado.

Especificamente o CAPS AD III ij oferece atendimento contínuo, com funcionamento 24 horas e dispõe de uma modalidade intensiva de tratamento denominada “acolhida noturna” e que consiste em uma espécie de “internação aberta” (o adolescente permanece dia e noite, mas também participa de atividades externas) por, no máximo, 14 dias. É destinada aos adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade social e com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Este tipo de serviço e processo de trabalho corroboram os preceitos da Reforma Psiquiátrica e são de suma importância para o cuidado dos adolescentes, uma vez que promovem a reabilitação psicossocial do usuário e oferecem modalidades de tratamento que não implicam em uma retirada brusca do seu contexto de vida. Além disso, tem como referencial ético-legal o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), com ênfase no direito à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, à saúde, à alimentação, à profissionalização e ao trabalho protegido em liberdade (Brasil, 1990). Além disso, o cuidado realizado por este serviço concentra-se no adolescente e suas relações, superando o direcionamento do tratamento que antes era exclusivamente na abstinência da droga utilizada.

A partir da implementação desses serviços identifica-se que algumas equipes têm apresentado dificuldades na operacionalização dos cuidados

dentro da perspectiva psicossocial devido às heranças do modelo tradicional de assistência psiquiátrica. Desse modo, o presente ensaio visa instrumentalizar os profissionais de saúde do campo da saúde mental a partir da descrição de algumas práticas bem-sucedidas para o cuidado psicossocial de adolescentes usuários de substâncias psicoativas em um CAPS.

Este é um relato descritivo, de caráter educativo/formativo sobre algumas práticas de cuidado em saúde mental de adolescentes. As referidas atividades são promovidas em um CAPS AD III ij de um município do interior do estado de São Paulo.

Neste relato serão apresentadas práticas que perpassam estratégias de prevenção, convívio social e acesso à cultura e lazer elucidando as diferentes possibilidades de operacionalizar o cuidado psicossocial utilizando abordagens que transcendem o caráter biomédico.

Estratégias de prevenção

Nos meses iniciais de funcionamento do serviço (2015), as atividades promovidas pelo CAPS consistiam em acolhimento, triagem, atendimentos individuais e familiares, visita domiciliar, oficinas com temas pré-definidos pela equipe e grupos terapêuticos feminino e masculino, conforme preconizado pelo arcabouço técnico-legal que direciona o trabalho das equipes. As figuras 1 e 2 consistem em fotografias de oficinas realizadas no CAPS em questão.

Figura 1: Produto de um trabalho manual realizado por um adolescente em uma oficina terapêutica promovida pelo CAPS AD III ij.



Fonte: Janaina Cristina Pasquini de Almeida (2021).

Figura 2: Produto artístico de um grupo de adolescentes participantes de uma oficina de grafite promovida pelo CAPS AD III ij.



Fonte: Janaina Cristina Pasquini de Almeida (2021).

Devido à crescente demanda de adolescentes nas triagens e às limitações do espaço físico houve a necessidade da estruturação de novas propostas de atividades. Assim, em assembleia, com a participação dos adolescentes e familiares e nas atividades diárias foi realizado o levantamento das necessidades percebidas por estes grupos, em relação à possível operacionalização de novas práticas e, uma das principais demandas foi pelo oferecimento de atividades externas, como passeios envolvendo esportes e lazer.

Além disso, a equipe identificou, no decorrer das demais atividades, que o início da vida sexual das adolescentes atendidas se dava muito cedo e as mesmas frequentemente mencionavam situações de exposição às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e à gravidez não planejada por não utilizaram preservativo em todas as relações sexuais que estabeleciam com seus parceiros.

Dessa maneira, erigiu-se a reflexão sobre o cuidado e empoderamento do próprio corpo, bem como a identificação e manejo dos diferentes tipos de desejos que perpassam a subjetividade humana como uma prioridade para este grupo, principalmente pelo fato de que seus relatos, por vezes sugeriam que o exercício da vida sexual em algumas situações se dava de modo mais impositivo pelas normas e crenças dos pares e/ou de forma impulsiva, principalmente nos momentos em que estavam sob efeito de alguma substância psicoativa.

Nesse sentido, iniciou-se em 2016 um grupo feminino sobre sexualidade coordenado pela enfermeira e pela psicóloga do referido serviço. A principal meta do grupo consistiu em propiciar conhecimento sobre este assunto ressaltando a importância do sexo consentido, protegido e do uso de métodos contraceptivos. A ideia era levantar e sanar dúvidas, bem como contextualizar a questão da sexualidade às demais vivências e relações sociais destas adolescentes.

O grupo era composto por três a cinco adolescentes a cada encontro de modo que pudessem ter um ambiente mais privativo para a discussão destas temáticas. O oferecimento da atividade era semanal com duração média de uma hora e oferecida para adolescentes das diferentes modalidades de tratamento.

No primeiro encontro, após a apresentação de todos os membros do grupo, as facilitadoras descreviam o objetivo da realização da atividade, motivavam as participantes a exporem suas dúvidas e manifestarem os assuntos que tinham interesse em abordar. A partir de tais informações era elaborado um cronograma mensal, bem como um quadro de regras de convivência desse espaço.

Tal grupo se caracterizava, portanto, como educativo e reflexivo, abordava questões relacionadas ao uso de preservativo, anatomia feminina e masculina e função corporal, identidade de gênero, gestação na adolescência, pré-natal e puerpério (amamentação, cuidados com recém-nascido), relacionamentos afetivos (sexismo, relações abusivas, direitos das mulheres, cuidados ao estarem sob efeito de drogas/redução de danos) e planejamento de metas condizentes com a faixa etária e contexto social das participantes.

No tocante ao tema de prevenção da gravidez não planejada foram promovidas conversas em conjunto com o médico, a fim de esclarecer sobre os diferentes métodos contraceptivos existentes, seus prós e contras, iniciando um debate sobre as possibilidades mais pertinentes para cada caso. Mesmo sendo a opção de algumas em suas respectivas unidades básicas de referência, houve dificuldade de adesão por parte delas ao uso do contraceptivo oral, devido ao desafio de manter a regularidade diária do uso. Mesmo assim, realizava-se o contato com as unidades básicas para

discussão dos casos com a enfermeira responsável e, quando necessário, agendava-se consulta de enfermagem e ginecologista para avaliação sobre a rotina de contraceção e realização do exame periódico de Papanicolaou.

Uma estratégia proposta como alternativa foi o anticoncepcional injetável em conjunto com as orientações sobre o uso de preservativo e, a partir de então, identificou-se junto à unidade de saúde parceira, maior adesão por parte das adolescentes considerando a rotina de uso trimestral. Atualmente são mais de 20 adolescentes utilizando regularmente esse método contraceptivo.

Em relação à prevenção de ISTs estabeleceu-se uma parceria do CAPS AD III ij com o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) para a realização de testes rápidos para a detecção de hepatite B, C, sífilis e HIV, ampliando o oferecimento destes testes aos familiares e aos acompanhantes. Além disso, anualmente a equipe promove a campanha “Fique Sabendo”, com o intuito de detectar precocemente tais infecções, tratá-las e evitar sua transmissão.

A partir do desenvolvimento das atividades com ênfase na sexualidade, houve uma solicitação dos adolescentes para diversificação ainda maior dos conteúdos, logo se empreendeu uma remodelação da composição e temas dos grupos, incluindo ambos os sexos. A questão da sexualidade continua sendo abordada no grupo, porém os atendimentos individuais com as enfermeiras têm sido o momento mais priorizado pelas adolescentes para falar sobre este tema.

O grupo atualmente é coordenado pela enfermeira e terapeuta ocupacional e as diferentes temáticas são abordadas por meio de discussões, dinâmicas de grupo e vivências, utilizando como referência o material disponibilizado pelo Ministério da Saúde e da Educação “Saúde e Prevenção nas Escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação”. As facilitadoras dispõem também de materiais de borracha, acrílico, cartilhas explicativas, kits para adolescentes contendo livreto educativo, espelho, dentre outros instrumentos obtidos por doação de serviços parceiros que trabalham com a temática em questão.

Convívio social, cultura e lazer

Quanto às atividades externas ao CAPS, desde 2015 organizaram-se as denominadas “saídas terapêuticas” de duas maneiras, a saber: os passeios coletivos e outras atividades externas. Ambas têm como objetivo fortalecer o vínculo dos adolescentes com os profissionais da equipe, promover a interação social entre eles e com as pessoas de outros ambientes e, principalmente, oportunizar momentos de lazer e diversão alternativa ao uso de drogas.

Os passeios coletivos ocorrem cerca de quatro vezes ao ano, têm como público-alvo todos os usuários ativos do serviço e o destino são lugares de fácil acesso e de interesse dos participantes.

Nas atividades diárias do serviço são oferecidas as opções de locais para esses passeios coletivos (por exemplo: zoológico em outro município, fábricas como a Faber Castel, Tilibra, Plasútil, Museu da TAM, dentre outros), em seguida, um membro da equipe responsabiliza-se por entrar em contato com o local para agendar a data e com o setor de transporte do município para providenciar o ônibus. Faz-se o convite para os adolescentes por escrito junto com um termo de autorização que é assinado pelos responsáveis legais. O número de vagas do ônibus abrange todos os adolescentes ativos no serviço durante o mês da atividade. A Figura 3 consiste em uma fotografia de um dos passeios realizados junto aos adolescentes no Museu da TAM.

Figura 3: Passeio coletivo com os adolescentes ao Museu da TAM.



Fonte: Janaina Cristina Pasquini de Almeida (2021).

Alguns dias antes do passeio, a equipe se reúne e discute possíveis intercorrências, como manejar os conflitos e, por fim, define-se o número de profissionais que irão acompanhar os adolescentes. No dia da atividade, a equipe estabelece regras de convivência em conjunto com os usuários como forma de responsabilizá-los. Tais regras versam sobre os seguintes temas: gerenciamento do uso de tabaco, horários de intervalo, a restrição do porte de drogas ilícitas, horário de lanche e retorno, dentre outros.

Desde o início dessas atividades, várias intercorrências têm demandado um manejo por parte da equipe; a seguir descrevem-se alguns exemplos de tais situações no contexto dos passeios coletivos. Uma das intercorrências foi o uso de maconha pelos adolescentes no banheiro de uma das instituições visitadas. Como manejo, realizou-se uma conversa coletiva visando à reflexão dos mesmos sobre o ocorrido e solicitando a eles sugestões sobre como resolver tal situação. Os adolescentes discutiram entre si os possíveis causadores do problema suscitando certo conflito que foi mediado pela enfermeira e pela terapeuta ocupacional. A decisão final do grupo foi de não dar continuidade ao passeio, uma vez que eles mesmos haviam concordado com as regras estabelecidas caso tal situação ocorresse. Outra intercorrência foi que um dos adolescentes apresentou ânsia de vômito e alteração da pressão arterial durante a atividade, sendo necessário que a enfermeira o acompanhasse até a unidade de pronto atendimento do município visitado, onde permaneceram até o final do passeio do restante do grupo.

Em relação às outras atividades externas, ocorrem semanalmente, tem como público-alvo os adolescentes em tratamento na modalidade de acolhida noturna (usuários que fazem o seguimento em período integral com permanência de até 14 dias consecutivos no serviço) e como destino quadras esportivas, sorveterias, padarias, feiras ao ar livre, supermercado, pista de caminhada ou clubes com atividades abertas ao público (SESC), dentre outros locais próximos ao CAPS em questão, o qual possui localização privilegiada em uma área central do município. A definição do local de tais atividades também se baseia nos *hobbies* referidos pelos adolescentes durante a elaboração do PTS. A Figura 4 consiste em uma fotografia de uma das atividades externas promovidas.

Figura 4: Fotografia de uma das atividades externas promovidas pelo CAPS AD III ij.



Fonte: Janaina Cristina Pasquini de Almeida (2021).

Alguns adolescentes por vezes solicitam a visita a locais específicos, pelo fato de nunca terem tido a oportunidade de conhecer, como o *shopping* (sobretudo para andar de escada rolante), cinema, horto florestal e museu. Nessas ocasiões, ao retornar para o serviço, há uma conversa no sentido de saber como se sentiram, se a atividade atendeu suas expectativas e quais as possibilidades de incluírem a visita desses locais nas suas rotinas de lazer e entretenimento mesmo após alta do tratamento.

Assim como nos passeios coletivos, as regras básicas são conjuntamente definidas e solicitada a autorização dos responsáveis legais que assinam, durante o momento de admissão na acolhida noturna, um termo de ciência da realização de atividades externas acompanhadas por algum profissional da equipe.

A equipe prioriza os finais de semana para a realização dessas atividades visando tornar os 14 dias intensivos de acompanhamento mais “leves” e também como um reforço positivo para motivá-los ao autocuidado (higiene pessoal, organização do quarto e dos seus pertences) e à observação das normas de convivência diária.

Um dos desafios com os quais a equipe tem se deparado em relação ao desenvolvimento dessas atividades consiste no fato de que a maioria dos adolescentes admitidos tem o histórico de saídas contínuas de casa

e a permanência na rua em grande parte do dia. Por isso, realiza-se uma avaliação diária junto ao adolescente, considerando esses fatores, para decidir sobre a realização de atividades externas também durante a semana, quando necessário, mesmo que seja uma simples volta no quarteirão.

Cabe ressaltar que uma das estratégias utilizadas pela equipe para manter o caráter terapêutico das atividades externas durante a pandemia de Covid-19 consistiu na promoção de oficinas de culinária para as quais a ida ao supermercado significou a principal saída terapêutica.

Embora essas atividades externas sejam viabilizadas a um grupo menor do que os passeios coletivos, também há intercorrências, por exemplo, às vezes os adolescentes abordam as pessoas na rua para pedir cigarro, mesmo tendo sido aconselhados anteriormente à saída do CAPS. Visando evitar que isso aconteça, estabelece-se um acordo em relação ao tempo da atividade para que consigam ficar abstinentes do tabaco nesse período, ou ainda, que fumem antes de sair e/ou quando retornarem (considerando a cota de cigarro autorizada pela família e determinada previamente durante a elaboração do PTS).

Outro desafio importante no tocante à operacionalização dessas atividades é que no imaginário cultural da população local, a viabilização de entretenimento por parte da equipe não é concebida como um elemento do trabalho terapêutico, assim, algumas vezes houve denúncias ou atitudes de censura por parte da população em relação aos profissionais pelo fato de estarem “passeando” com os adolescentes durante o horário de trabalho. A exibição do crachá de identificação em geral é evitada pela equipe, visando proporcionar um caráter mais genuíno à atividade de socialização, no entanto, o seu porte tem sido uma exigência visto que um dos profissionais já foi abordado e revistado por policiais por estar caminhando com um dos adolescentes em uma dessas atividades. Outra situação muito comum é o profissional e os adolescentes serem mais “vigiados” pelos seguranças das instituições visitadas devido ao estigma relacionado à condição de tais usuários.

Apesar destes desafios, as atividades externas são percebidas pela equipe como uma das ações mais efetivas em termos de reinserção social e mais potentes para auxiliá-los nesse período de reabilitação. É notável a felicidade deles em conhecer outros lugares, passearem, terem assuntos

diferentes para conversar, além do estreitamento dos laços de confiança com a equipe e das responsabilidades que assumem diante de suas metas.

O mesmo ocorre com a equipe, pois os profissionais que acompanham os adolescentes nessas atividades aproximam-se ainda mais da realidade que eles vivenciam diariamente. A resolução das intercorrências de modo participativo, pautada no diálogo e na corresponsabilização, também contribui para o fortalecimento dos vínculos, para o exercício da cidadania e para a assimilação das consequências dos próprios atos. Entende-se também que tais atividades contribuem para relações afetivas mais seguras e para o aumento do poder de contratualidade destes adolescentes, além de ampliar o repertório cultural e as possibilidades de lazer e de entretenimento.

A importância de adequar o leque de oferecimento de estratégias terapêuticas às necessidades e às preferências dos usuários dos serviços de saúde mental, sobretudo quando estes são adolescentes, contribui para a adesão ao tratamento, bem como para maior resolutividade das ações com vistas às metas de reinserção social.

Além disso, cabe enfatizar a necessidade de intensificação de abordagens de caráter participativo tendo em vista que os dispositivos preconizados pela Reforma Psiquiátrica também têm como objetivos o exercício de cidadania, fortalecimento da autonomia e ampliação do poder de contratualidade dos usuários (Barbosa *et al.*, 2017; Diniz, 2017).

A integração das temáticas sexualidade, autocuidado e prevenção de doenças à discussão sobre o poder de decisão e disposição do próprio corpo também é um aspecto que se mostra essencial para o cuidado psicossocial destes indivíduos, sobretudo, ao considerar o contexto brasileiro de extrema desigualdade de gênero. Ademais, as propostas lúdicas e didáticas mais contextualizadas à realidade do público-alvo tem sido descritas como decisivas em termos de resultados (Ribeiro *et al.*, 2019; Souza *et al.*, 2019).

Estes bojos de recomendações corroboram com as propostas de atenção psicossocial e mostram-se essencialmente interdisciplinares, reforçando a necessidade de transcender a centralização do saber médico nas diferentes etapas do cuidado. Nesse sentido, enfatiza-se também a importância da resignificação do papel do enfermeiro em termos de atri-

buições do núcleo da profissão e de potencial colaborativo nas ações do campo da saúde mental (Almeida *et al.*, 2020).

Além disso, ao refletir sobre as atividades descritas, a inevitável articulação intersetorial também precisa ser ressaltada, sobretudo quando se fala em reinserção social e cuidado psicossocial. Tal articulação se faz ainda mais urgente quando se considera o público adolescente, pois apresenta demandas específicas em relação ao seu desenvolvimento como cidadão, membro de diferentes grupos sociais e como um ser em plena expansão de suas emoções e aspirações.

Nesse sentido, a ênfase em propostas culturais, de lazer e de entretenimento que integrem a necessidade de responsabilização consigo e com o grupo, além de identificação clara das consequências dos seus atos e expansão das perspectivas de como se colocar no mundo, é primordial ao cuidado nessa etapa do ciclo de vida. Pois, conforme apontado por alguns autores (Matos; Kaefer; Bittencourt, 2018; Tristão; Avellar, 2019), o cuidado psicossocial perpassa as diferentes dimensões da esfera subjetiva do sujeito.

Apesar disso, não se deve desconsiderar os inúmeros desafios com os quais os profissionais que lidam com esse grupo, bem como os que se afinam com as propostas de atenção psicossocial, se deparam ao longo desse processo. Sendo assim, necessitam imbuir-se tanto do saber técnico, quanto de autoconhecimento, de criatividade e de propostas de educação permanente, que os instrumentalizem para esse tipo de cuidado que requer uma reinvenção cotidiana, conforme apontado na literatura (Pinheiro; Hypólito; Kantorski, 2019; Santos; Ferla, 2017).

Vale ressaltar que muitos dos desejos mencionados pelos adolescentes refletem de modo enfático o contexto de exclusão social de suas famílias de origem, ressaltando as consequências do ciclo de miséria e pobreza da maioria das famílias brasileiras, expondo, portanto, a necessidade de luta permanente por melhores condições de vida e redução das desigualdades sociais, tendo em vista que, segundo Rego *et al.* (2017) e Araújo e Joazeiro (2019), a redução do abismo das desigualdades também é uma meta inerente às propostas da Reforma Psiquiátrica.

Desse modo, depreende-se a importância de profissionais flexíveis em relação às possíveis condutas dos adolescentes, bem como engajados social e politicamente, visando assegurar os seus direitos humanos e

combater o estigma da população no tocante aos sofrimentos psíquicos decorrentes do uso de SPAs, especialmente entre esse grupo (Abrahão; Azevedo; Gomes, 2017; Emerich; Onocko-campos, 2019).

Considerações finais

O presente relato ressalta que para estar instrumentalizado acerca do desenvolvimento do cuidado psicossocial de adolescentes, considerando as preconizações da Reforma Psiquiátrica, o profissional precisa de um leque de opções terapêuticas com enfoque em abordagens participativas, integrando ao seu rol de competências práticas alternativas às abordagens tradicionais e incorporando técnicas e recursos didáticos mais atrativos e empoderadores.

Destaca-se, ainda, a necessidade de ressignificação dos papéis profissionais, priorizando-se o trabalho interdisciplinar, bem como a ênfase nas ações intersetoriais, como forma de promover lazer, acesso à cultura e ao desenvolvimento cidadão, além de flexibilidade e engajamento político para o combate do estigma da população.

Sendo assim, entende-se que as diferentes práticas relatadas contribuem de modo significativo para que sejam replicadas em outros contextos e, também, configuram-se como referências para o desenvolvimento de outras estratégias com enfoque semelhante.

Além disso, as autoras se colocam como possíveis apoiadoras para estudantes, estagiários na área de saúde mental e aos profissionais dos serviços que tenham o desejo de implementar processos como estes.

Referências

ABRAHÃO, A. L.; AZEVEDO, F. F. M.; GOMES, M. P. C. A produção do conhecimento em saúde mental e o processo de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15 n. 1, p. 55-71, jan./abr. 2017.

ALMEIDA, J. C. P. *et al.* Ações de saúde mental e o trabalho do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, p. e20190376, 2020. Supl. 1.

ARAUJO, L. J. C.; JOAZEIRO, E. M. G. Direitos sociais em tempos de crise: desigualdades sociais e agravos à saúde. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 44, p. 21-44, 2019.

BARBOSA, V. F. B. *et al.* Tecnologias leves para o cuidado de enfermagem na atenção psicossocial: contribuições à superação de estigmas sobre a doença mental. **Revista Eletrônica de Extensão**, Florianópolis, v. 14, n. 26, p. 119-132, 2017.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SAS/MS/INAMPS nº 224, de 29 de janeiro de 1992**. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Brasília, DF, 1992.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 15 de dezembro de 2011**. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Brasília, DF, 2012.

DINIZ, A. M. Projeto terapêutico singular na atenção à saúde mental: tecnologias para o sujeito em crise. **Sanare - Revista de Políticas Públicas**, Ceará, v. 16, n. 1, p. 07-14, 2017.

EMERICH, F.; ONOCKO-CAMPOS, R. Formação para o trabalho em saúde mental: reflexões a partir das concepções de Sujeito, Coletivo e Instituição. **Interface**, Botucatu, v. 23, p. e170521, 2019.

LUCKOW, H. I.; CORDEIRO, A. F. M. Concepção de adolescência e educação na atuação de profissionais do CAPSi. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 37, n. 2, 2017.

MATOS, G. S.; KAEFER, C. O.; BITTENCOURT, Z. A construção do projeto terapêutico singular na perspectiva da intersectorialidade. **Disciplinarum Scientia**, Santa Maria, v. 19, n. 3, p. 425-447, 2018.

PAIVA, H. N. *et al.* Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo, e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, 2018.

PINHEIRO, M. C. C.; HYPÓLITO, A. L. M.; KANTORSKI, L. P. Educação permanente no processo de trabalho em saúde mental. **Journal of nursing and health**, v. 9, n. 2, p. e199203, 2019.

RAMOS, F. S. A relação entre o vínculo afetivo familiar e uso de álcool e drogas na infância e na adolescência. **Caderno de Direito da Criança e Adolescente**, Brasil, v. 1, 2019.

REGO, N. G. *et al.* Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. **Psicologia Política**, São Paulo, v. 17, n. 38, p. 72-89, 2017.

RIBEIRO, J. P. *et al.* Especificidades de cuidado ao adolescente usuário de crack assistido na rede de atenção psicossocial. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, 2019.

SANTOS, F. F.; FERLA, A. A. Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. **Interface**, Botucatu, v. 21, n. 63, p. 833-44, 2017.

SOUZA, J. *et al.* Promoção da saúde mental de mulheres: a influência da saúde física e do meio ambiente. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, 2019.

TRISTÃO, K. G.; AVELLAR, L. Z. A estratégia de redução de dados no cuidado a adolescentes em uso de substâncias psicoativas. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 11, n. 30, p. 55-77, 2019.

Grupo Crianças Unidas: um relato de experiência

*Valéria Cristina Chistello Coimbra
Clarissa de Souza Cardoso
Viviane Ribeiro Pereira*

Introdução

A escuta de vozes na infância, vozes que outras pessoas não escutam, ainda é um assunto pouco explorado no Brasil (Cardoso *et al.*, 2018). Estima-se que aproximadamente 6 milhões de brasileiros tenham algum tipo de experiência com vozes, visões, cheiros e outras sensações (Inter-voice Brasil, 2017), enquanto no mundo acredita-se que 2% da população tenha a experiência de ouvir vozes e uma boa parte delas não necessita de serviços, tratamentos psiquiátricos ou possui diagnósticos; já na infância e adolescência apresenta-se uma prevalência de 12,7% e 12,4%, respectivamente (Maijjer; Palmens; Sommer, 2018).

Conforme Escher (2017), o fenômeno da escuta das vozes é profundo e pessoal. Ir além dos padrões normativos existentes é um exercício que garante a construção de um novo paradigma, buscando-se entender qual o significado que as mesmas imprimem na vida das crianças, e partir da ideia que estas experiências são percepções verdadeiras, tais como ouvir a voz do entrevistador.

Segundo Baker (2009), de cada três pessoas que ouvem vozes, apenas uma torna-se paciente psiquiátrico, e duas de três pessoas conseguem lidar com as vozes sem a necessidade de intervenção psiquiátrica.

De acordo com um estudo epidemiológico (Escher, 2012), 8% das crianças ouviram vozes pelo menos uma vez na vida e, destes, 1/3 recebeu diagnóstico psiquiátrico. Estes achados nos fazem perceber o que já apontamos como limitação para um cuidado que respeite a história da criança e quais são as outras questões sociais que podem ter relação com o sofrimento mental. A mesma pesquisa revelou que 60% das crianças deixam de ouvir vozes em algum momento, enquanto 13% continuam apresen-

tando a experiência. Neste estudo relacionou-se este número com níveis elevados de ansiedade e/ou depressão.

Muitas crianças que possuem a experiência com as vozes tendem a não revelar por receio, medo ou vergonha, devido ao estigma que essa experiência carrega sob o olhar hegemônico da psiquiatria tradicional, que a considera um sintoma parte de uma doença (Cardoso *et al.*, 2018). Destaca-se ainda que o tratamento oferecido nos serviços de saúde mental se baseia no mesmo ofertado ao público adulto, que preconiza que as vozes sejam extintas, com o uso excessivo de antipsicóticos. Vale ressaltar que 30%, mesmo após a utilização das drogas psiquiátricas, seguem ouvindo suas vozes (Maijer; Palmens; Sommer, 2017).

Assim nasce a possibilidade de construção de novas narrativas sobre o fenômeno das vozes, que nem sempre foi vista pela sociedade como algo negativo. Conforme Fernandes (2017), na Grécia antiga, as pessoas que ouviam vozes eram consideradas guardiãs da justiça, pois consideravam essa experiência como mística e homens e mulheres podiam se comunicar com os deuses e as deusas, enquanto na época medieval a compreensão variou desde possessão demoníaca, bruxaria, heresia ou até santidade. Resgata-se assim a ideia de que a escuta de vozes é uma variação humana, tal como ser destro ou ser canhoto.

Com a intenção de criarmos um espaço para que as crianças pudessem falar sobre suas experiências, optamos por formar um grupo que inicialmente se encontraria presencialmente em um local chamado “casa dos conselhos”. Porém, em março de 2020, devido ao decreto da OMS sobre a pandemia de SARS-CoV ou Covid-19, em razão das medidas de isolamento social, optamos por criar um grupo em um aplicativo que fosse de fácil acesso e domínio da tecnologia para as crianças. O grupo foi inspirado pelo Movimento Internacional de Ouvidores de Vozes, em inglês *Hearing voices Movement* (HVM), coordenado pela sua representação máxima – o *Intervoice* -, que realiza um movimento que questiona o discurso do saber psiquiátrico, o qual constrói a narrativa sobre o fenômeno como um sintoma que faz parte de um adoecimento.

Considerando os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira, sobre a construção de novas abordagens que estejam em consonância com os Direitos Humanos e Direitos das Crianças expressos pelo Estatuto da Criança e do adolescente (ECA), acreditamos que a experiência do grupo de ouvidores de vozes “Crianças Unidas” contribui significativamente para a ciência como uma experiência emblemática e exitosa no campo da saúde mental.

Diante das questões apresentadas, trata-se de um relato de experiência sobre a convivência com as vozes na infância em um grupo de autoajuda mútua on-line, de maneira a contribuir com a reflexão sobre a importância de espaços que validem as experiências das crianças e suas vozes.

Para atingir o objetivo de realizar um relato de experiência sobre as estratégias utilizadas no grupo para lidar com as vozes, é importante destacar que o grupo on-line está vinculado ao estudo “Com a palavra as crianças: narrativas sobre a escuta das vozes”, o qual faz parte de um estudo maior intitulado: “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil do Rio Grande do Sul (CAPSi-RS)”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem sob o parecer de n.º 3.023.338 e financiado pelo CNPq.

O grupo teve início em julho de 2020, inspirado em outros Grupos de Auto Mútua Ajuda (AMA - ouvidores de vozes) para adultos, que já aconteciam em ambiente virtual. Foi realizado contato telefônico para fazer o convite, e esclarecidos os objetivos e a funcionalidade do grupo para as mães e responsáveis.

O Grupo Crianças Unidas teve início em julho de 2020, pelo *WhatsApp*. São realizadas atividades lúdicas duas vezes na semana, com duração de aproximadamente 60 minutos, inteiramente pelo aplicativo, por mensagem de texto e também por videochamada.

Optou-se por esta via de comunicação pela facilidade de participação das crianças, já que as mesmas dominam a tecnologia deste recurso. O nome escolhido para o grupo (Crianças Unidas) relaciona-se com a necessidade de que as crianças participantes identificassem a importância de estarem juntas e pensarem em suas experiências.

A Figura 1 identifica o cartão-convite para participar do grupo.



Fonte: Valéria Cristina Chistello Coimbra (2021).

O tempo estimado para os encontros é de 60 minutos, mas podem ultrapassar esta estimativa, principalmente quando as crianças possuem necessidades que podem ou não estarem relacionadas ao fenômeno com as vozes, visões, cheiros e sensações e se faz necessário um tempo maior para que as mesmas possam expressar suas demandas.

O grupo é aberto e poderão fazer parte outras crianças que tenham experiência com as vozes; a permanência no grupo não é obrigatória, as crianças têm a liberdade de entrarem e saírem quando desejarem. Os pais, as mães e/ou também são incluídos no grupo. Essa característica de grupo aberto também é demonstrada em outras experiências exitosas com grupos de ouvintes não só no Brasil, mas também em outros países da Europa e EUA (Barros; Serpa, 2017; Beaven; Jager; Santos, 2016; Corradi-Webster, Leão; Rufato, 2018). Cabe ainda dizer que a experiência deste grupo on-line com crianças é um dos pioneiros no país.

Vale ressaltar que o grupo não possui vínculo com nenhum serviço de saúde mental e é mediado por uma estudante de pós-graduação em enfermagem em conjunto com as crianças. Além disso, se configura em um

espaço seguro, onde as crianças podem falar sobre suas necessidades sem serem julgadas. Essa premissa garante a construção de vínculos importantes para que as crianças consigam falar abertamente sobre suas experiências, sendo uma das características mais importantes para o grupo.

Segundo Corradi-Webster *et al.* (2018), os grupos se consolidam como espaços para a construção de novos entendimentos sobre as vozes e, por conseguinte, tornam-se um espaço seguro para conversar a respeito delas sem que haja julgamento.

O grupo tem demonstrado a potencialidade de compartilhar experiências e novas estratégias para lidar com as vozes, pois promove a capacidade de se reconhecerem expertises em sua experiência que é natural, subjetiva e, por isso, singular. Este aspecto também é evidenciado no estudo de Corradi-Webster *et al.* (2018), que referem que, além da premissa dos participantes se reconhecerem como *experts* por experiência, há a expressão da luta por direitos humanos como forma de enfrentamento e superação do domínio hegemônico da psiquiatria sobre a saúde mental (Amarante, 2016).

Vale dizer que somente quem a tem, pode falar sobre ela, como se manifesta, em quais momentos, se existe uma ou mais vozes. Segundo Romme e Escher (1997) e Baker (2009), existem diferentes fases percebidas pelos(as) ouvintes(as): a fase de surpresa, considerada uma fase inicial, onde a pessoa pode ter sentimentos de medo, surpresa, angústia; a fase de organização, em que o(a) ouvinte(a) lança mão de algumas estratégias para lidar com a(s) voz(es); a fase de estabilização, que acontece quando o(a) ouvinte(a) passa a integrar a(s) sua(s) voz(es) à vida, reconhecendo-a(s) como parte de si.

As crianças participantes do grupo on-line encontram neste espaço a normalização e acolhimento da experiência, o que garante a validação de suas narrativas sobre as vozes, visões, cheiros e sensações, assim como a sensação de diminuição de isolamento que todo(a) ouvinte(a) sente ao longo do processo de convivência com as vozes. Este aspecto também ficou evidente em uma revisão de literatura realizada pelas autoras Beaven, Jager e Santos (2016).

Algumas crianças entendem essa experiência como algo natural, que é parte da sua vida e do seu desenvolvimento, enquanto para outras crianças essa experiência não é tão tranquila. A pesquisa realizada por Escher (2012) revelou que a escuta de vozes na infância não é um fenômeno contínuo para a maioria delas, já que 60% das participantes tiveram uma descontinuidade ou deixaram de ouvir a(s) voz(es), enquanto somente 13% continuaram a ouvir.

As atividades realizadas no grupo concentram seus esforços em normalizar a experiência com o fenômeno, dando atenção ao contexto de vida que cada criança possui e relacionando-o com suas emoções. Percebe-se que as crianças vão lançar mão de recursos internos próprios para elaborar e ressignificar a experiência (Cardoso *et al.*, 2018), essa é uma das estratégias que assegura o protagonismo e o desenvolvimento de sua autonomia a respeito de situações singulares de cada uma e ao compartilhar a experiência inicia-se um processo de perceber a experiência da outra criança demonstrando a possibilidade de relações mais empáticas. Corradi-Webster *et al.* (2018) destacam, em sua pesquisa, que o Grupo de Ouvidores de Vozes torna-se um espaço único para conversarem abertamente sobre o fenômeno com as vozes, que demanda energia e impacta a vida de várias formas. As crianças conseguem questionar o sistema manicomial em diversas situações.

Conforme Beaven *et al.* (2016), a participação nos grupos de ouvidores de vozes promove mudanças significativas por alcançar resultados como o aumento da autoestima, dar o suporte necessário para cada situação vivenciada pelos(as) ouvidores(as), além de elevar a autoconfiança.

O grupo tem uma característica importante e necessária que é aceitar todas as explicações construídas pelas crianças para o fenômeno, sendo assim, algumas entendem que as vozes, visões, cheiros e sensações possuem relação com a religião e, por isso, estão relacionadas com a sua espiritualidade, enquanto outros atribuem ao psicológico, compreendendo as vozes como respostas aos traumas vivenciados. Beaven *et al.* (2016) apontam para a necessidade de que o grupo não seja prescritivo, pois os contextos são diferentes para cada pessoa que é ouvidora de vozes.

Ainda é possível aquelas que percebem como algo de outro mundo; essa perspectiva colabora com a superação da ideia de algo ruim, indesejado, uma vez que as crianças conseguem estabelecer conexões que antes não estabeleciam. Pensando nos diferentes contextos em que as vozes se manifestam (Corradi-Webster; Leão; Rufato, 2018) é necessário aceitar que para cada pessoa a estratégia mais assertiva será aquela que melhor se adequa às necessidades da criança (Cardoso *et al.*, 2018).

As ações desenvolvidas no grupo representam desafios diários na desconstrução da lógica manicomial, pois as narrativas realizadas por este discurso ainda atravessam a vida das crianças, dos familiares e, também, da facilitadora, de maneira que novas estratégias são necessárias para lidar com as interferências manicomiais ao grupo.

As características do Grupo Crianças Unidas são construídas com embasamento nos valores propostos pela rede *Intervoice Brasil* (2017): o primeiro deles diz respeito a normalizar a experiência e entendê-la como algo humano; o segundo valor expressa a necessidade de aceitar todas as explicações individuais sobre a(s) voz(es) como forma de não privilegiar apenas uma verdade; o terceiro valor defendido pelo movimento ressalta que o(a) ouvitor(a) deve encontrar seu próprio significado a respeito da(s) voz(es); o quarto valor entende que, na maioria das vezes, as vozes podem ser compreendidas, mantidas ou até mesmo iniciadas por eventos traumáticos que envolvem a vida da pessoa - este aspecto tem sido levantado como o responsável por dar mais leveza ao processo com o fenômeno, ao invés de colocar a(s) voz(es) como aleatórias ou arbitrarias; o quinto valor afirma que o processo de aceitar que a(s) voz(es) é(são) real(reais) e que pode(m) ser manejada(s) com sucesso é mais efetivo do que a tentativa de eliminá-la(s); e o sexto e último valor diz respeito à participação em grupos e a convivência com seus pares para ter o suporte de que precisam para estabelecer uma convivência positiva com o fenômeno (Intervoice Brasil, 2017).

Considerações finais

Este capítulo teve como objetivo apresentar um relato de experiência sobre a convivência com as vozes na infância em um grupo de autoajuda

mútua on-line, como contribuição para a necessidade de mais espaços que validem as narrativas das experiências com as vozes das crianças.

O grupo teve início em julho de 2020, sendo realizado por meio de um aplicativo on-line. Conta com a participação de crianças que possuem a experiência com as vozes, visões, cheiros e sensações que outras pessoas não sentem.

Assim, o grupo tem sido observado como um importante espaço para conversar sobre a experiência da escuta das vozes, descrita pelas crianças como algo que não podem conversar com outras pessoas, por exemplo, amigos(as), parentes, vizinhos e até mesmo outros profissionais.

A possibilidade do compartilhar entre eles/elas, tende a ser normalizada com mais leveza, e a cada encontro se constrói novas estratégias de convivência com as vozes. Esses aspectos garantem uma melhora na relação das crianças e suas famílias com o fenômeno, pois os empodera na retomada do desenvolvimento de recursos internos para melhorar o relacionamento com as vozes.

Cabe ainda ressaltar que o grupo constrói uma rede de apoio que vai além dos encontros, pois as crianças identificam entre elas a possibilidade de estarem juntas em outros momentos durante a semana, o que nos indica a realização de um cuidado para além dos encontros no grupo.

Por estas razões, o espaço do Grupo Crianças Unidas, como ação prática de cuidado em saúde mental, tem sido uma ferramenta fundamental e bem-sucedida no campo da saúde mental, pois promove o entendimento de que as crianças são as autoridades máximas no que diz respeito à sua experiência individual. Assim, se valida uma nova narrativa de que as vozes não são sintomas de uma doença ou algo da sua imaginação, mas sim algo real.

Em relação aos profissionais da saúde, espera-se que cada vez mais possam aproximar-se dessa nova abordagem em saúde mental e também das crianças que possuem a experiência com vozes, dando mais espaço nas instituições para a realização de grupos com este perfil e mudando o foco oriundo da psiquiatria tradicional de extinguir as vozes a fim de concentrar seus esforços em ouvir mais o que as crianças têm a nos dizer sobre suas experiências.

Referências

- AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 8ª reimpressão. Fiocruz, 2016.
- BAKER, P. **The voice inside: a practical guide to coping with hearing voices**. Handsell Publications, 2009.
- BARROS, O. C.; SERPA O. D. Ouvir vozes: um estudo netnográfico de ambientes virtuais para ajuda mútua. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 867-888, 2017.
- BEAVAN, V.; JAGER, A. de; SANTOS, B. Do peersupport groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. **Psychosis**, v. 9, n. 1, p. 57-66, 2016.
- CARDOSO, C. S.; PEREIRA V. R.; OLIVEIRA N. A.; COIMBRA V. C. C. A escuta de vozes na infância: uma revisão integrativa. **J. nurs. health**, v. 8, n. especial, p. e188413, 2018.
- CORRADI-WEBSTER, C. M.; LEÃO, E. A.; RUFATO, L. S. Colaborando na trajetória de superação em Saúde Mental: grupo de ouvidores de vozes. **Nova perspectiva sistêmica**, v. 27, n. 61, p. 100-119, 2018.
- ESCHER, S. **Não entre em pânico se seu filho ouve vozes**. Tradução: Centro Educacional de Novas Abordagens Terapêuticas (Cenat). 2017. 10 p. Disponível em: https://d335luupugsy2.cloudfront.net/cms/files/52581/1548099428E-book_-_crianca_vozes.pdf. Acesso em: 20 maio 2021.
- FERNANDES, H. C. D. ALUCINAÇÃO AUDITIVA: SINTOMA DE DOENÇA OU POSSIBILIDADE DE SER DO-ENTE?. **PÓLEMOS—Revista de Estudantes de Filosofia da Universidade de Brasília**, v. 6, n. 12, p. 48-68, 2017.
- INTERVOICE BRASIL. **Manual como montar um grupo de ouvidores de vozes**. São Paulo: Interoice, 2017.
- MAIJER, K.; PALMENS, J. M. C.; SOMMER, I. E. C. Children seeking help for auditory verbal hallucinations; who are they? **Schizophr Res**, n. 183, p. 31-35, 2017.

ROMME, M.; ESCHER, S. Na Companhia das Vozes. **Para uma análise da experiência de ouvir vozes**, 1997.

Rede de atenção à saúde mental em zonas rurais

Breno Augusto Souto Maior Fontes

Viviane Xavier de Lima e Silva

Paulo Henrique de Oliveira

Clarice Bezerra Paz

Introdução

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no Brasil resulta de uma longa trajetória, envolvendo diversos atores e engajamentos políticos, provenientes do movimento antimanicomial, cujas raízes têm origem na década de 1960 em diversos países. Com o nascimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, importante ator social e principal exemplo das mobilizações em torno da questão, consolida-se o extenso processo conhecido como reforma psiquiátrica brasileira.

Inspirada nas práticas adotadas na Europa, notadamente as experiências italiana e francesa, a reforma psiquiátrica questionava o modelo asilar, clássico procedimento para o cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, que as mantinha reclusas em manicômios. A partir de então, surgem experiências de desinstitucionalização e progressiva integração dos antes asilados em suas comunidades de origem.

Concomitantemente, desenvolvia-se outro movimento no campo da saúde, também com aspirações democratizantes, a reforma sanitária. As duas reformas caminharam juntas e compuseram eventos históricos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, que acabou por influenciar fortemente a Constituição de 1988 (Amarante, 1998; Belmonte, 1996). A promulgação desta, com a consequente instituição do SUS, amplia o conceito de saúde, alçando-a à categoria de direito universal e à obrigação do Estado no seu provimento.

A partir de então, o novo modelo para atenção à saúde mental foi sendo implantado. Inicialmente, a partir da Lei Paulo Delgado, em 2001, institui a forma de cuidado dominante, na qual progressivamente a pessoa em sofrimento psíquico vai se integrando à sua comunidade original, com

previsão para internamento apenas em casos de urgência, por períodos curtos e em hospitais gerais. Os hospitais psiquiátricos seriam progressivamente fechados e o atendimento passa a ser feito nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com equipe multidisciplinar e prevendo a integração da comunidade (família, redes de vizinhança, associações civis) no cuidado. Passa, então, a um modelo descentralizado, ancorado territorialmente e com orientação multicêntrica.

Mais recentemente, há a tentativa de incorporar a Atenção Primária à Saúde (APS) à RAPS. Embora sempre tenha estado presente, mesmo em determinados momentos de modo informal, a temática saúde mental passa a ser objeto de atenção para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Fatores diversos, principalmente a partir do fato de que a RAPS prevê o ingrediente territorialidade, indicavam especialização, e não complementariedade das práticas da APS e em relação às da saúde mental. Ambas atuavam no território e incorporavam as sociabilidades cotidianas (famílias, vizinhança, associações comunitárias, congregações religiosas, entre outras) enquanto parceiros nos cuidados das pessoas em sofrimento.

Como resultado direto da Reforma Sanitária, do sucesso do Programa Saúde da Família e da observação das melhores práticas internacionais, houve a publicação da Política Nacional de Atenção Básica, em 2006, com a definição do papel da APS na organização do SUS e, posteriormente, nas Redes de Atenção à Saúde, em 2011. Esses são os principais marcos legais e regulatórios que culminaram na instituição da RAPS como ela se encontra hoje no Brasil (Brasil, 2011).

A APS se configura como uma estratégia central nessa nova lógica de desinstitucionalização das pessoas em sofrimento mental, pois é a principal porta de entrada dos usuários do SUS, possui base territorial e se insere intimamente na comunidade, características que a privilegiam frente aos outros componentes da RAPS (Brasil, 2013). Acolhimento, apoio matricial, educação permanente e o trânsito das informações dos usuários em prontuários eletrônicos são estratégias de organização do processo de trabalho, formação de recursos humanos e fluxo informação na rede SUS, especialmente no caso de pessoas em sofrimento psíquico, visto que dão mais segurança para a prática dos profissionais e efetividade no cuidado (Brasil, 2011).

Entretanto, apesar do suporte teórico-terapêutico e legal, a APS sofre com a falta de treinamento dos profissionais, a pressão do fluxo de trabalho intenso, as demandas operacionais do sistema e falhas no processo de referência-contrarreferência e matriciamento (OMS, 2008; Zambenedetti; Perrone, 2008). Esse contexto é ainda mais dramático nas zonas rurais, onde o modelo socioeconômico de exploração do trabalhador, a precarização dos equipamentos de saúde e a dificuldade de acesso aos serviços são mais acentuados, gerando adoecimento e demandando ações de saúde mais condizentes com as necessidades da população (Costa-Neto; Dimenstein, 2017). Este artigo objetiva contribuir para o debate sobre a RAPS, focando o papel da APS na saúde mental em cenários rurais.

Este texto apresenta inicialmente os recortes conceituais utilizados e, em seguida, a análise de dados empíricos extraídos a partir de entrevistas face a face com usuários, trabalhadores e gestores de Unidades de Saúde da Família (USF) rurais situadas nas cidades de Agrestina e Caruaru, no agreste pernambucano, e Icapuí, no litoral cearense. São unidades com características sócio-organizacionais estruturadas, de um lado, a partir do desenho institucional de atenção à saúde, e, por outro lado, fortemente influenciadas por características das comunidades onde estão inseridas. Temos por pressuposto o fato que a realidade social é mais bem compreendida quando são consideradas suas características reticulares, e que os atores objeto do cuidado, e aqueles que cuidam, estão inseridos em uma rede complexa de sociabilidades (Fontes, 2018).

A pesquisa foi devidamente apreciada e aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa vinculado ao sistema CEP/Conep e atendeu aos requisitos éticos para pesquisa com seres humanos.

Redes de atenção à saúde mental

As redes de atenção à saúde mental objetos de nossa análise estão inscritas no subsistema de práticas da biomedicina, no subsetor das Instituições Públicas. Trata-se de um recorte arbitrário, uma vez que os outros integrantes deste subsistema estão em interação intensa entre si e com outros integrantes do sistema de saúde. Por exemplo, não há como desconsiderar o mercado que, para o caso da saúde mental, é estratégi-

co quando constatamos que a terapêutica farmacológica – cujos atores principais são exatamente os laboratórios privados – é a principal prática dos operadores de saúde. Também excluímos as instituições privadas de saúde, que em alguns momentos operam em parceria com o Sistema Único de Saúde (SUS), o foco de nossa análise.

A atenção à saúde mental no SUS, baseada na RAPS, propõe planos terapêuticos singulares, que, apesar de serem procedimentos padronizados, abrem espaço para a subjetividade de cada usuário dentro das possibilidades oferecidas no serviço público (Brasil, 2013). Preferencialmente, o fluxo de pacientes se dá pela APS, reservando as outras estruturas da RAPS para crises e casos de maior complexidade. A instituição da rede substitutiva tem como base a mudança do paradigma em relação ao espaço dos cuidados em saúde mental, descentralizando as práticas, evitando institucionalização da pessoa e valorizando o território original do usuário, inclusive como proposta terapêutica (Saffiotti, 2017; Zambenedetti; Perrone, 2008).

A centralidade da APS na RAPS está ancorada, portanto, no conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que o cuidado e atenção à saúde são considerados de forma integral, incorporando os ingredientes sociais, culturais e ambientais constitutivos ao viver saudável. Esse preceito da APS se configura na orientação da política de atenção à saúde mental, que busca integrar a pessoa em sofrimento com sua família, comunidade e trajetórias de sociabilidade que fazem parte de seu cotidiano. Com essa premissa, a RAPS pretende englobar o indivíduo e suas condições biomédicas de saúde em sua totalidade, considerando seu corpo, as condições socioambientais, o lugar onde vive, com quem interage e como reproduz o seu cotidiano (Saffiotti, 2017).

Para que esse modelo funcione, os CAPS não podem servir como um substituto dos antigos hospitais psiquiátricos, funcionando na mesma lógica de isolamento da pessoa em sofrimento mental, mas como uma retaguarda operacional e parte secundária do arsenal terapêutico no cuidado. Assim, compreender o funcionamento e o fluxo de usuários na RAPS é fundamental para localizar os gargalos e propor intervenções que otimizem os resultados terapêuticos e restabeleçam a autonomia dos usuários, culminando na produção de vida em contraste com a simples restituição da

capacidade de trabalho ou mero afastamento de “pessoas problemáticas” do convívio social.

A RAPS é um desenho organizacional que orienta a construção de práticas espalhadas pelos municípios brasileiros. Em muitos casos não está completa (necessitando, portanto, do uso de alguns serviços em outros municípios), e em sua totalidade incorpora as práticas e cultura locais. Desta forma, temos por hipótese que as referências sociais e culturais, bem como os diferentes sistemas de saúde, influenciam a capacidade de resolver os desafios dos transtornos mentais. E os desafios centram-se especificamente na contradição entre duas visões de mundo, a sistêmica e a do mundo da vida (*lebenswelt*) sobre como se deve conduzir o cuidado com o transtorno mental. Estas duas visões, em algum momento se aproximam, na medida em que o modelo médico-biológico – constante daquela sistêmica – também é incorporado às representações e expectativas dos portadores de transtorno e seus familiares.

Este círculo social, entretanto, incorpora outros ingredientes na sua trajetória terapêutica. Os assim chamados itinerários terapêuticos são o retrato das diferentes concepções de saúde e técnicas de cura, em muitos casos se afastando da visão médico-biológica. Mas há também outro ingrediente igualmente importante que molda as práticas médicas: as exigências de institucionalização da doença mental, classificando-as e organizando uma lógica que garante o acesso à rede de cuidados e àquela da seguridade social (com os protocolos para a assistência social, para a inscrição no seguro social e conseqüente acesso às licenças médicas).

Saúde mental rural no Nordeste

Os dados deste estudo foram coletados em USF rurais situadas nas cidades de Agrestina e Caruaru, no agreste pernambucano, e Icapuí, no litoral cearense. Os três municípios organizam seus sistemas de saúde a partir dos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde. Este desenho organizacional básico se adapta às características da cultura local, incorporando práticas e arranjos que facilitam ou colocam obstáculos ao seu desempenho.

Malgrado a diversidade entre os municípios estudados (Quadro 2), o mundo rural apresenta algumas características importantes para a compreensão do *modus operandi* da assistência à saúde. As questões que mais nos chamam a atenção dizem respeito à particularidade dos processos de sociabilidade de seus moradores e o lugar dos equipamentos de saúde na rede municipal. O mundo rural é diverso, mas apresenta algumas características distintivas, e a que mais se destaca para o nosso estudo é o fato de as estruturas de sociabilidade serem mais ancoradas em laços fortes, com redes de vizinhança e familiares enraizadas no território. Com efeito, o destaque é dado às práticas de convivência, onde os espaços de moradia, trabalho e lazer muitas vezes estão superpostos. As práticas de cuidado de si estão fortemente enraizadas nestes campos de sociabilidade primários, refletindo intensamente nos itinerários terapêuticos das pessoas, e no acionamento de recursos de apoio social. Por outro lado, as USFs são tanto positivamente afetadas pela sua localização, na medida em que os agentes comunitários estão inseridos na convivialidade mais intensa dos territórios rurais, como de forma negativa, como veremos, pela fragilidade na comunicação destas equipes com o restante da RAPS.

Quadro 1: Dados Socioeconômicos de Agrestina, Caruaru e Icapuí.

	Agrestina	Caruaru	Icapuí
(%) da população vulnerável à pobreza	61,08	39,22	64,15
% dos ocupados com rendimento de até 1 s.m. - 18 anos ou mais	56,89	25,07	58,57
Mortalidade infantil (a cada 1000 nascidos vivos)	27,2	18,90	25,20
População total do município	22.679	314.912	18.392
IDH	0592	0677	0,616
Índice de Gini	0,48	0,53	0,47
Proporção de pessoas vivendo em área rural	25,23	11,22	68,54

Fonte: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/> Dados de 2010.

O Brasil possui cerca de 15% de sua população vivendo em áreas rurais, o que soma aproximadamente 30 milhões de pessoas (IBGE, 2011).

Para os moradores de zonas rurais, há menos acesso a serviços de saúde e estes tendem a não contar com outros profissionais além das equipes mínimas da ESF. Em Caruaru, por exemplo, todas as USF urbanas contam com suporte dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Já entre as 16 USF localizadas em zona rural, apenas quatro delas contam com o apoio dos residentes multiprofissionais em saúde do campo. Isso também é observado em Agrestina e Icapuí, onde as USF rurais têm pouco apoio da RAPS, o que fragiliza estratégias de cuidado em rede, como a clínica ampliada, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular (Brasil, 2011), e favorece a prescrição de psicotrópicos como estratégia predominante de cuidado destas equipes.

Caruaru é a maior cidade do agreste pernambucano, situando-se a cerca de 140 km da capital do estado, e a mais populosa da região, com 11,22% dela vivendo em área rural. Por sua localização estratégica, desde sua formação, possui uma intensa vocação comercial, a base de sua economia até os dias atuais.

Especificamente em relação à saúde mental, a RAPS de Caruaru é a mais desenvolvida da região, incluindo previsão de serviços de abrangência regional. Conta com leitos integrais em hospital geral, um CAPS III, um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) III, dois serviços de Residência Terapêutica, um Ambulatório de psiquiatria e um Ambulatório de saúde mental infanto-juvenil, todos de gestão municipal (Pernambuco, 2017). Conta também com quatro Unidades de Pronto-Atendimento (UPA) de gestão municipal e uma de abrangência regional, de gestão estadual, um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e duas centrais de regulação, uma delas de assistência à saúde e outra de regulação das urgências. Na Atenção Primária à Saúde (APS), Caruaru dispõe de 55 Unidades Básicas de Saúde, sendo 52 USFs e 3 Centros de Saúde tradicionais (Brasil, 2019).

O município de Icapuí é localizado no litoral leste do estado do Ceará, na fronteira com o Rio Grande do Norte, e fica a 202 km de distância da capital Fortaleza. A economia local é baseada na agricultura e na pesca, além de algumas indústrias de produtos alimentares. O turismo também é uma das fontes de renda devido às belezas naturais ao longo da extensa

faixa litorânea. É referência histórica no estado do Ceará na implantação precoce da ESF e medidas participativas de gestão municipal, como o orçamento participativo.

A RAPS do município é formada pelas nove USFs, uma equipe NASF, um CAPS I, Atenção de Urgência e Emergência, o SAMU e um Hospital geral municipal. A rede também conta com serviços localizados no município de Aracati, como CAPS AD, CAPS Geral e Hospital Municipal. Quando é necessária a internação, os usuários são referenciados ao Hospital de Saúde Mental de Messejana, em Fortaleza.

O município de Agrestina faz fronteira com Caruaru, sendo o que tem o menor Índice de Desenvolvimento Humano entre as cidades estudadas. Embora a população recenseada vivendo em área rural seja relativamente baixa, a atividade principal da cidade continua sendo a pecuária, apesar de sua recente incorporação ao polo de confecções do estado - um cluster econômico que envolve dezenas de municípios do agreste pernambucano, com uso intensivo de mão de obra, empregado em confecções que alimentam o mercado de roupas populares do Nordeste do Brasil. Estudiosos têm assinalado importante crescimento demográfico e econômico nas cidades que fazem parte do polo de confecções. Para Agrestina, por exemplo, a cidade assistiu a um crescimento demográfico de 13,19% no período 2000-2010, e um crescimento do PIB de 63,35% para o mesmo período, índices superiores aos do estado de Pernambuco (Alves; Xavier; Campos, 2016).

Pode-se observar que as cidades estudadas têm indicadores socioeconômicos muito baixos e índices de desigualdade altos. Esses dados sugerem uma população majoritariamente pobre e com relações de trabalho precarizadas, condições essas que denotam piores determinantes sociais de saúde e afetam negativamente a saúde mental (Costa-Neto; Dimenstein, 2017). Possuem grandes zonas rurais e periurbanas, entretanto Caruaru tem importância estratégica e é sede da macrorregião de saúde do agreste, contando com uma rede de atenção à saúde mais equipada para dar conta das demandas regionais de serviços especializados (Zarzar, 2012). Importante assinalar que a assistência da ESF está presente nas três cidades e que a população SUS dependente está em torno de 80-90%.

As práticas de cura

As RAPS, como percebemos, são muito semelhantes em Agrestina e Icapuí. Caruaru conta com uma rede mais densa, com praticamente todos os serviços previstos ofertados. Agrestina e Icapuí utilizam-se, a partir de convênios, de serviços oferecidos pelas cidades de Caruaru e Aracati, complementando as necessidades mais especializadas dos usuários. As USFs das três cidades, entretanto, apresentam características muito parecidas.

Quadro 2: RAPS previstas e instaladas em Agrestina, Caruaru E Icapuí.

Serviço	Agrestina		Caruaru		Icapuí
	Previstas	Instaladas	Previstas	Instaladas	Previstas
Unidade Saúde da Família	06	15	79	74	09
Núcleo Apoio Saúde da Família	01	01	06	04	01
Centro de Convivência	-	0	-	0	00
Centro de Atenção Psicossocial	01	01	02	01	00
Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas	0	0	02	01	00
Centro de Atenção Psicossocial Infantil	02	0	0	0	00
Unidade de Pronto Atendimento	0	01	02	04	00
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência SAMU	00	01	01	01	01
Unidade Atendimento Adulto	0	0	02	01	00
Unidade Atendimento Infante-juvenil	0	0	04	00	00
Leitos enfermarias especializadas	05	05	16	07	00
Serviços Residenciais Terapêuticos	0	0	02	02	00
Cooperativas	0	0	0	0	00

Fonte: Prefeituras Municipais de Agrestina, Caruaru e Icapuí (2017).

A primeira questão a ser apresentada diz respeito às sociabilidades particulares experimentadas pelas pessoas vivendo em áreas rurais. As áreas rurais, mesmo fortemente conectadas às áreas urbanas, e com as facilidades do mundo moderno (internet, luz elétrica, acesso facilitado aos centros urbanos etc.), ainda apresentam características de sociabilidade particulares, fato que se verifica, por exemplo, quando examinamos as redes ego centradas de seus moradores. Há, com efeito, ainda presença de laços fortes (amizades, família, vizinhança) ancorados territorialmente. O mundo rural apresenta densidade habitacional baixa, e seus habitantes têm por característica a baixa mobilidade territorial. Tendo ocupações em espaços próximos de suas residências, a vida cotidiana apresenta quadros de intensa sociabilidade ancorada em laços primários e campos de convívio bastante diversos do mundo urbano. Há, com efeito, decorrente das características da segmentação espacial das áreas urbanas (espaços de trabalho, de lazer, de moradia, entre outros), intensa mobilidade entre seus habitantes e, igualmente, campos segmentados de sociabilidades. As áreas rurais ainda conservam os campos de sociabilidades integrados entre si. Este fato é importante para a nossa análise na medida em que influencia fortemente os itinerários terapêuticos das pessoas.

A atenção à saúde também se diferencia nestes espaços. Os equipamentos de saúde instalados em áreas rurais apresentam inúmeras particularidades, decorrentes principalmente de sua presença no sistema estar fragmentada, com níveis de comunicação muito baixos, o que reduz as potencialidades das ações de saúde operando em rede. A equipe de saúde se queixa de falta de formação especializada para lidar com a saúde mental, e com a ausência de apoio de outras equipes de saúde existentes (Nasf, Caps etc.). Lida com a saúde mental no cotidiano a partir do que dispõe, cuidando dos casos menos graves, com prescrição de psicofármacos, e, para os casos mais graves, renovando as receitas dispensadas pelos psiquiatras, consultados anteriormente pelos pacientes.

Os dados epidemiológicos são muito escassos e imprecisos: há uma estimativa de cerca de 15 a 20% da população adulta usuária de psicofármacos, sendo em muitos casos usuários crônicos. Perguntamo-nos sobre as razões deste uso intenso, com predominância no sexo feminino. O modo de

vida rural, as atividades com que se ocupam as pessoas seriam características que pudessem dar um conteúdo especial aos que sofrem diferente daqueles que vivem em cidades? Comunidades rurais de Caruaru e Agrestina são muito semelhantes relativamente à ocupação, como trabalhadores agrícolas. Em Icapuí, há uma proporção significativa de pessoas se ocupando da pesca. São atividades distintas, igualmente estressantes, mas não passíveis de se enquadrar em uma tipologia única de gatilhos para o sofrimento psíquico. As informações que dispomos são insuficientes para estabelecer uma etiologia precisa dos casos de transtornos mentais nas comunidades estudadas. Entretanto, apresentam algumas características nas práticas de cura que merecem destaque: seus itinerários terapêuticos e o território.

Os itinerários terapêuticos das pessoas com transtorno nos informam dos caminhos que percorrem para o alívio do sofrimento. São de duas ordens: os espaços de cura localizados no subsistema, que denominamos práticas de cura tradicionais e mágicas, e aqueles localizados no subsistema de práticas da biomedicina. Organizam-se a partir dos repertórios de experiência e dos recursos mobilizados. As pessoas orientam suas ações a partir das opções que lhe são disponíveis, e estas se apresentam a partir do que conhecem da realidade, que é lida dentro um quadro de conhecimentos presentes em cada biografia, acumulados durante as experiências do viver cotidiano. Buscam-se, desta forma, em acontecimentos passados similares, orientações para a tomada de decisão sobre que providência tomar para o alívio do desconforto da pessoa ou de seu familiar.

Mas nem sempre as experiências pessoais são suficientes. A partir de seus círculos sociais, as pessoas mobilizam outros recursos, os repertórios de informações que, no momento de angústia, são importantes para a decisão de busca de ajuda. Recursos, então, dizem respeito a possíveis soluções para aquele problema de saúde vivido e ajuda de forma instrumental, como com a alimentação, higiene, administração de medicamentos ou cuidados com a casa.

Há ainda que considerar outro importante ingrediente: o território. Este incorpora várias dimensões, para além de simples receptáculo de circulação das pessoas: é o lugar carregado de inscrições simbólicas, onde as pessoas, nas suas memórias do viver, estruturam suas identidades en-

quanto pertencentes a um lugar, compartilhando seu uso e significado com outros. Se moradores de cidades compartilham as praças, as igrejas, os equipamentos de comércio e de serviços do bairro, são marcados por estes lugares, arenas de pertencimentos, experiências e interações com as pessoas. Também vivenciam o lugar do trabalho, espaço mais reduzido, mas igualmente complexo de campos interativos. Os territórios moldam as sociabilidades, estruturam padrões reticulares particulares e são importantes ingredientes para a compreensão do *lebenswelt*, o conjunto de experiências que estruturam a existência humana.

Os dois espaços, o da biomedicina e os das práticas de cura tradicionais, interagem e estão presentes nos itinerários terapêuticos das comunidades estudadas. O que nos chama a atenção é o fato de que as práticas tradicionais, embora existentes, são secundarizadas, em alguns casos, inclusive, mencionadas com reserva ou com algum tipo de vergonha de admitir que se faça uso. Entre os usuários entrevistados, foi comum a referência a chás, rezas, banhos e o aconselhamento com líderes religiosos cristãos (as religiões afro-brasileiras não foram mencionadas, possivelmente em decorrência do intenso preconceito), seguindo-se muitas vezes da afirmação que usou, não funcionou, e depois teve que procurar o médico, para a prescrição de psicofármacos.

Entre os profissionais de saúde que, pela formação, estão incluídos no subsistema da biomedicina, a comunicação com estas práticas é quase nula. Afirmam, em alguns casos, que indicam chás ou outras práticas tradicionais na tentativa de reduzir a hipermedicalização, problema crônico por eles relatado. Mas não se percebe a tentativa de integrar estas práticas aos cuidados dispensados, predominantemente ancorados na prescrição de psicofármacos.

No subsistema de práticas da biomedicina, o campo da saúde mental ocupa um lugar com características bastante especiais. Os transtornos mentais são ainda objeto de um campo polissêmico, disputado por dispersas escolas e direções de leitura da realidade. Não há unanimidade sobre o que significa saúde mental e as práticas terapêuticas também são objeto de dissenso entre especialistas. De qualquer forma, tem-se assistido recentemente a uma crescente hegemonia das práticas medicamentosas,

com o crescente uso dos psicofármacos. Acontece, neste sentido, algo que Habermas (1973) denominou a colonização do mundo da vida pela racionalidade instrumental.

Considerando o lugar da APS na estruturação da RAPS, chama a atenção as práticas dos profissionais no cuidado de pessoas com transtorno e a articulação das USFs com os demais pontos de atenção da rede. O primeiro ponto a considerar é o lugar da saúde mental na APS. Fato importante é a dificuldade da equipe para manejar o sofrimento psíquico, primeiro pela deficiência de capacitação e depois pelo estigma associado ao transtorno. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) têm treinamento curto, de algumas horas, ou de palestras e seminários pontuais que participam. Lidam com os casos de saúde mental intuitivamente, empregando muitas vezes o conhecimento do senso comum. Uma ACS, por exemplo, afirma que o seu papel é a intermediação entre o paciente e o médico para a marcação de consultas e entrega de medicamentos ou receitas, e que lamenta a ausência de uma capacitação que lhe permitisse ser mais efetiva em suas atividades:

Se a gente tivesse uma capacitação falando sobre isso, a gente saberia melhor como tratar essas pessoas [...] então a gente fica meio vago durante uma visita domiciliar, você fica sem saber o que fazer (ACS, 2019).

Igualmente, médicos e enfermeiros enfrentam essa dificuldade. Os médicos geralmente têm uma disciplina de psiquiatria no curso de graduação, e, quando cursam, na residência em Medicina de Família e Comunidade. Enfermeiros também informam que não tiveram a oportunidade de vivenciar a realidade da saúde mental em sua formação profissional, e que o contato com pessoas em sofrimento se deu de forma intuitiva, como nos relata uma enfermeira entrevistada:

O que a gente vivencia aqui na saúde da família eu acho que mais é falta de treinamento e de experiência profissional que a gente se deparou aqui, de ter que trabalhar com esse público sem experiência né, foi aprendendo no dia a dia (ENF, 2019).

Este fato tem efeitos importantes. O diagnóstico e tratamento destas pessoas às vezes são feitos por exclusão. Exceto quando os sintomas

são efeito de uma nosologia clara, a prescrição de psicotrópicos acontece com o diagnóstico provisório de quadro de ansiedade ou depressão.

[...] Na consulta seguinte aí eu faço todo o exame clínico, físico nele, peço os exames pra gente ver realmente se não tem um problema orgânico [...] se é descartado isso, a gente vê que é ansiedade mesmo, não tem pressão alta, não tem nada mesmo né, e aí a gente inicia a terapêutica (com psicofármacos) né, não tem nada em uma anamnese normal (MED, 2019).

Outro caso bastante frequente é a prorrogação indefinida de receitas prescritas por outros profissionais médicos.

O segundo ponto a considerar é a relação das USF com os demais equipamentos da RAPS. As pessoas em sofrimento, muitas vezes, iniciam suas trajetórias de busca de cuidado em outros locais que não as USF. Os CAPS, as emergências psiquiátricas e as consultas particulares são alguns dos casos mais frequentes. Outros, não menos importantes, são o acesso a psicofármacos a partir de indicação de atendentes de farmácia, familiares, ou vizinhos, como relata uma ACS:

Chega aqui direto: - Doutora, tomo esse medicamento.
- Aí, já vem com o nome que o vizinho deu (ACS, 2019).

Há pessoas que entrevistamos que, durante muito tempo, fizeram uso das medicações sem a necessária prescrição, fato confirmado por médicos e enfermeiros entrevistados. Também estão presentes casos de dependência medicamentosa, principalmente dos benzodiazepínicos, que solicitam renovar a receita. É um problema relativamente sério, o fato da busca apenas pela receita dos psicofármacos nas USFs, como relata uma médica entrevistada:

Tá sendo o meu maior gasto de energia, assim em relação a isso que é começar a tentar fazer esses pacientes se vincularem na unidade não no sentido só dessa renovação de receita né? então minha experiência aqui está sendo muito de primeiro embate com a equipe: eu estou aqui há 3 meses, semana passada foi a primeira reunião de equipe que a gente conseguiu conversar melhor sobre isso. Eles começaram a entender mais sobre essa nova forma de abordagem onde a consulta é necessária não para a gente ver só questão no transtorno em si, mas o paciente como um todo. E tal-

vez essa troca de receita seja a porta de entrada pelo paciente se vincular ao posto e então a equipe agora que também está se acostumando com essa tentativa de nova abordagem (MED, 2019).

Isto leva à questão da comunicação entre os atores na RAPS. Em sua grande diversidade, os atores, com atribuições específicas, devem prover o tratamento adequado. Para o seu funcionamento eficiente, entretanto, há que acontecer o que na sociologia das organizações se denomina sinergia, ou seja, fluxos comunicativos densos e constantes entre os diversos atores participantes do sistema. Quando não acontece, há a fragmentação, desperdício de energia e recursos, com conseqüente perda de qualidade no atendimento. Esta fragmentação acontece a partir do desenho da rede e as complexas moldagens profissionais e institucionais de seus participantes ou dos entraves burocráticos e institucionais para tornar eficientes os mecanismos de comunicação já previstos em seu desenho. O primeiro ponto é bem destacado em uma entrevista com um gestor da Secretaria de saúde de um dos municípios entrevistados:

[...] Você não ter um entendimento, de não ter uma qualificação na própria formação no sentido de um entendimento de rede de território, e aí eu acho que isso é um ponto assim forte na fragmentação. Porque essa visão de que a gente tem assim a atenção de forma hierárquica passou há muito tempo (Gest, 2019).

A saúde mental até pouco tempo não estava presente na prática da APS brasileira. Havia a ideia de que o cuidado de pessoas em sofrimento psíquico era de exclusiva competência dos CAPS, com a direção fortemente orientada para a prática médica. O psiquiatra era a voz dominante, e as ações ditas multiprofissionais, na verdade, se subordinam ao discurso médico. O modelo da RAPS prevê uma equipe multidisciplinar e atuação no território. O que acontece nas USFs pesquisadas é a ausência dos profissionais do CAPS nas áreas e pouca integração com as ESFs. Ao mesmo tempo, ainda prevalece a ideia, embora de forma mitigada, que a APS não é lugar para o cuidado com o transtorno. Os NASF, previstos institucionalmente para dar suporte às ESFs nos casos complexos, funcionam precariamente nas áreas rurais, como as estudadas: insuficiência de profissionais e

visitas escassas e intermitentes são os problemas mais comuns encontrados, como o que nos relata uma enfermeira de uma das USFs pesquisadas:

O NASF ele também vem aqui uma vez por mês só, o CAPS vem uma vez por mês, no máximo uma vez por mês [...] (ENF, 2019).

Também, para o caso de encaminhamento e acompanhamento de pacientes, há ausência de comunicação entre as equipes das instituições participantes da RAPS, como relata uma médica:

Quando eu cheguei, não tinha comunicação nenhuma, assim era o posto de saúde como referência dessas trocas de receita e pronto. Não tinha não, que encaminhamento? Não tinha referência, não tinha contrarreferência, não existe essa comunicação, né? (MED, 2019).

Considerações finais

O SUS, dando cobertura a uma população socioeconômica e culturalmente diversa num país de dimensões continentais, apresenta importantes características que colaboram para efetivação da saúde como um direito – capilaridade, ancoragem territorial, multidisciplinaridade. Do ponto de vista das práticas cotidianas, necessita de constantes ajustes, que devem ter por fonte o controle social exercido pelas comunidades onde as equipes de saúde atuam, mais uma de suas qualidades.

As USFs estudadas refletem as peculiaridades dos serviços de saúde rurais brasileiros, como a precariedade dos serviços e a inserção fragmentada na rede. Limitações como ausência de transporte sanitário para transferência de casos agudos e ausência de protocolos efetivos de referência e contrarreferência são aspectos importantes. A saúde mental na APS rural compartilha estes mesmos desafios, acrescidos da insuficiente formação e educação permanente dos profissionais e do estigma que envolve os portadores destes transtornos.

Os itinerários terapêuticos das comunidades estudadas são fortemente influenciados pelas sociabilidades primárias, especialmente as originadas na família e na rede de vizinhança, incluindo a adesão ao uso dos

psicofármacos e a relativa desvalorização das práticas de cura tradicionais. São fenômenos que acontecem simultaneamente, cujas origens ainda não nos são muito claras; o fato é que há uma crescente medicalização da vida, e que o que alguns autores observam para realidades europeias ou norte-americanas (Ehrenberg, 1998, 2012), também se verifica para as áreas rurais do Nordeste do Brasil. Sugerimos outros estudos para elucidar as origens deste fenômeno e suas implicações.

Referências

ALVES, M. E.; XAVIER, M. G. P.; CAMPOS, L. H. R. O crescimento econômico dos municípios do Aglomerado de Confeções do Agreste Pernambucano: uma análise do período de 2000/2010 à luz das teorias da NGE. **Race**, v. 15, n. 3, p. 891-914, 2016.

AMARANTE, P. D. C. (org.). **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

BELMONTE, P. R. A reforma psiquiátrica e os novos desafios da formação de recursos humanos. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Formação de pessoal de nível médio para a saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996. p. 163-173. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/dydn3/pdf/aman-cio-9788575412671.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%2023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/sau-delegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html#:~:text=PORTARIA%20N%C2%BA%203.088%2C%20DE%2023,%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)). Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n. 34 - Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Referência 2019.

COSTA-NETO, M. C.; DIMENSTEIN, M. Cuidado psicossocial em saúde mental em contextos rurais. **Temas psicol.**, v. 25, n. 4, p. 1653-1664, dez. 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v25n4/v25n4a09.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

EHRENBERG, A. **La Fatigue d'Être Soi**. Paris: Editions Odile Jacob, 1998.

EHRENBERG, A. **La Société Du Malaise**. Paris: Editions Odile Jacob, 2012.

FONTES, B. A. S. M. Réplica: Governança, redes sociais e saúde: caminhos interpretativos. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3140-3414, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/csc/v23n10/en_1413-8123-csc-23-10-3140.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

HABERMAS, J. **Legitimationsprobleme im Spätkapitalismus**. Frankfurt: Suhrkamp Verlag, 1973.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010**. Brasília: IBGE, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários**. Lisboa: Ministério da Saúde de Portugal, 2008. Disponível em: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/SAUDE_MENTAL/integracao_da_saude_mental_nos_cuidados_de_saude_primarios_-_uma_perspectiva_global.pdf. Acesso em: 25 out. 2023.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. IV GERES. **Apresentação RAPS pactuada CIR**. Publicado em 20 jun. 2017. Disponível em: https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/resol_4078_raps_-_apropa_pactuacao_do_desenho_da_raps_viii_geres.pdf Acesso em: 25 out. 2023.

SAFFIOTTI, A. **Atenção em saúde mental a partir da noção de território: uma reflexão sobre os Centros de Atenção Psicossocial**. 2017. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

ZAMBENEDETTI, G.; PERRONE, C. M. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis**, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/physis/v18n2/v18n2a05.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

ZARZAR, C. A. **Financiamento e oferta de serviços de saúde nos municípios sede de macrorregião em Pernambuco antes e após a implantação da Programação Pactuada e Integrada em 2006**. 2012. 86 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/11169/1/disserta%20final%20pdf%20CD.pdf>. Acesso em: 20 out. 2023.

Internato Saúde Mental em Redes/UFRB

*Paula Hayasi Pinho
Lidiane de Fátima Barbosa Guedes
Monique Araújo de Medeiros Brito*

Introdução

Estudos evidenciam o aumento da gravidade e da prevalência dos transtornos mentais na população mundial e brasileira (Bonadiman *et al.*, 2017; GBD, 2017; Who, 2017), o que comprova a necessidade da formação de profissionais aptos(as) para lidar com o sofrimento psíquico nos serviços de saúde e traz novos desafios às Instituições de Ensino Superior (IES).

Historicamente a formação médica seguiu o modelo flexneriano, pautado em disciplinas isoladas e na conseqüente fragmentação do aprendizado, baseado na estrutura hospitalar e ambulatorial. Já no século XXI, há uma mudança gradativa de cenários de aprendizagem e as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) enfatizam a necessidade de a formação ocorrer prioritariamente, mas não exclusivamente, na atenção básica de saúde e nos serviços de urgência e emergência.

Em 2014, foram publicadas as novas DCN do Curso de Graduação em Medicina, revisão das DCN de 2001, em que há orientação para uma maior inserção dos(as) estudantes na atenção primária, com obrigatoriedade de 30% da carga horária total do internato ocorrer na atenção básica e em serviços de urgência e emergência do SUS. Outra orientação incluiu a saúde mental como uma área obrigatória do internato. Entretanto, fica a cargo de cada IES a definição de como implantar a saúde mental no novo currículo, tendo em vista que as novas diretrizes não trazem detalhes a esse respeito. Ainda de acordo com as DCN, o(a) graduando(a) de medicina deve ter uma formação geral, humanística, crítica, reflexiva e ética, com capacidade de atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a de-

fesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo saúde-doença (Brasil, 2001, 2014).

A ampliação do saber propiciado pela formação em saúde mental é estratégica para a mudança da prática médica que deve não apenas reconhecer os transtornos mentais, mas, sobretudo, entender que o sofrimento psíquico não pode ser reduzido a um rótulo ou um diagnóstico.

Considerando todo esse contexto, o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência de construção e implementação de um projeto pedagógico não hegemônico do Internato Saúde Mental em Redes, no Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil, no período de 2017 a 2018.

Essa experiência, em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira, foi planejada para acontecer na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município de Santo Antônio de Jesus/BA. Considerando que a RAPS se fundamenta nos princípios da autonomia, do respeito aos direitos humanos e do exercício da cidadania, entende-se que, na estruturação do internato em saúde mental do curso de Medicina, haja priorização de estratégias de ensino que viabilizem questões relacionadas à promoção da equidade e do reconhecimento dos determinantes sociais dos processos saúde-doença-sofrimento-cuidado, desenvolvendo estratégias formativas para desconstruir estigmas e preconceitos.

Conhecendo a UFRB

A Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB foi criada em 2005, por meio da Lei n.º 11.151, de 29 de julho de 2005, no contexto da Política de Expansão das Universidades Federais, e está localizada na região do Recôncavo Sul, que é composta por 33 cidades que detêm 1,8% do território do estado da Bahia, e 5% de sua população, com densidade demográfica superior à média do estado (Plano de Desenvolvimento Institucional (2010-2014) da UFRB).

A UFRB tem uma estrutura *multicampi* e conta com sete *campi* em diferentes municípios do recôncavo baiano: em Cruz das Almas estão os Centro de Ensino de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas (CCAAB) e

o Centro de Ciências Exatas e Tecnológicas (Cetec); em Amargosa está situado o Centro de Formação de Professores (CFP); na cidade de Cachoeira encontra-se o Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL) com um prédio adquirido na cidade vizinha de São Félix; em Santo Amaro localiza-se o Centro de Cultura, Linguagens e Tecnologias Aplicadas (Cecult); alocado em Feira de Santana está o Centro de Ciência e Tecnologia em Energia e Sustentabilidade (Cetens); e na cidade de Santo Antônio de Jesus está o Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O CCS foi implantado em 2006, com oferta dos cursos de Enfermagem, Nutrição e Psicologia. Em 2007, a UFRB aderiu ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni). Nesse contexto, foi criado, em 2009, o Curso de Bacharelado Interdisciplinar (BI) em Saúde. Em 2012, como parte da Política Nacional de Expansão das Escolas Médicas, foi implantado o curso de Medicina, com um projeto político pedagógico inovador pela incorporação do regime de formação em ciclos. Essa proposição pedagógica intensificou os debates acerca da reestruturação circular no âmbito do CCS, que culminou na aprovação do Regime de Ciclos e estrutura curricular modular, com o primeiro ciclo de formação dos cursos de Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia correspondendo ao BI em Saúde.

A graduação em Medicina na UFRB é um curso com uma especificidade importante, pois além de ter seus anos iniciais voltados para uma formação pautada no SUS e na humanização, faz parte de uma universidade construída pelos movimentos sociais e que recebe estudantes oriundos da região que teriam maior dificuldade de acesso ao curso de Medicina caso sua oferta não estivesse territorializada no recôncavo da Bahia.

Aproximações e articulações no território

Em maio de 2017, um grupo de docentes foi incumbido de criar o primeiro projeto do internato de saúde mental do curso de Medicina do CCS/UFRB. Na composição de uma comissão para este fim estavam três mulheres professoras e psicólogas e um professor psiquiatra, recém-chegados na UFRB.

Durante seis meses, a comissão de docentes fez uma imersão na cidade sede deste centro. Os primeiros passos para a concepção do projeto seguiram a direção de realizar uma avaliação das demandas do território e um planejamento em conjunto com os principais atores e atrizes envolvidos(as): as equipes da RAPS, a Secretaria Municipal de Saúde, o diretório estudantil (representação de estudantes na UFRB) e o Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Medicina.

Ainda que de forma embrionária, o grupo de docentes foi aprendendo na prática o compromisso de fazer pontes entre a universidade e a comunidade, em uma aposta na relação de indissociabilidade entre a produção do conhecimento e as vidas de quem vive a cidade e a universidade. Mapeamos a conformação da rede, escutamos as expectativas da parceria com a universidade e os possíveis impactos da inserção do internato na rede.

O primeiro internato do curso de Medicina da UFRB foi intitulado “Saúde Mental em Redes”, denominação que expressa um desvio, uma ruptura com a herança manicomial que confere à tradição na formação médica o estatuto da psiquiatria como o centro do saber sobre as questões que permeiam a experiência de sofrimento psíquico (loucura/transtornos mentais/ doença mental). Não é incomum nos cursos de graduação de Medicina o uso do termo “Internato de Psiquiatria” para demarcar a especificidade e legitimidade da atuação médica no campo das práticas de cuidado em saúde mental. Na UFRB, a proposição de uma formação que rompe com o viés exclusivista do papel do especialista, convoca e preconiza a substituição do modelo asilar, um espaço pedagógico para experimentação de uma medicina de formação generalista, implicada eticamente com a perspectiva da desinstitucionalização da loucura e com a atenção psicossocial, conforme nos inspira Amarante (1996).

É nesse sentido que o manual do internato apresenta um projeto pedagógico que indica uma aposta ético-política ao situar o papel do(a) interno(a) como um(a) cuidador(a) que deve atuar enquanto um técnico generalista em saúde mental. Mas o que isso significa? O que se espera de um(a) técnico(a) da saúde mental no processo de aquisição de habilidades e competências no cuidado em saúde mental? Em consonância com o pensamento de Lancetti:

Queríamos, com essa estratégia, radicalizar na desinstitucionalização. Dar um passo a mais no abandono da morada da psiquiatria e intensificar o status ontológico da cidadania. O paciente é primeiro um cidadão [...] (Lancetti, 2013, p. 19).

Amarante também nos inspira a:

Pensar o campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como um processo que é social e que é complexo (Amarante, 2007, p. 63).

No livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial* (2007), este psiquiatra chama atenção para a pluralidade e transversalidade de saberes que atravessam a atuação na saúde mental:

Saúde mental não é apenas psicopatologia, semiologia... não pode ser reduzida ao estudo e tratamento das doenças mentais ... na complexa rede de saberes estão, além da psiquiatria, a neurologia, a psicanálise, a filosofia, a antropologia (Amarante, 2007, p. 16).

Em consonância com estes pensadores, incluímos também as dimensões da interseccionalidade (gênero, raça) e os saberes das pessoas imersas em suas experiências de sofrimento psíquico, como dimensões importantes na formação do médico/médica generalista.

A concretização das propostas

Diante deste cenário, a decisão ético-política do grupo que à época compunha o corpo docente deste internato, foi de apostar no paradigma da atenção psicossocial, escapando ao que historicamente tem sido posto para formação médica no campo da saúde mental.

Como ponto de partida, na confecção do Primeiro Manual do Internato do curso de Medicina da UFRB, privilegiamos em sua apresentação a imagem da fita de Moebius em composição com a poética de nosso grande mestre de lutas e resistências no campo da formação em saúde mental: o saudoso Mestre Marcus Matraga, que sempre expressava em suas práticas de cuidado o que deixou como legado em seu poema:

Se quero o outro comigo, fraco, cansado ou louco, tenho que deixar sempre aberta, as portas do meu cora-

ção. Cem vezes terei que ampará-lo, quando fraquejar o ritmo de suas pernas. Mil vezes terei que parar, para que ele possa descansar (Matraga, 2018, p. 1).

A poética e a memória de Marcus Matraga (2018) atualizavam em nossas memórias as histórias de muitas vidas que nos atravessaram nos caminhos da luta antimanicomial no Brasil até o nosso destino se cruzar como a fita de Moebius no recôncavo da Bahia. Três mulheres, psicólogas, militantes da Reforma Psiquiátrica, e um médico psiquiatra, portavam em suas bagagens muitas diferenças que se entrelaçavam em um plano comum: uma aposta sensível e comprometida com o desejo de investir em uma formação em saúde produtora de resistências e dignidade às pessoas que vivenciam sofrimento psíquico na região do recôncavo baiano.

A partir desse princípio, não queríamos apresentar um manual que ofertasse um guia fechado com protocolos de atuação blindados ao encontro com o(a) outro citado nas palavras de Marcus Matraga. Não queríamos um documento que reproduzisse a lógica que centraliza nos manuais a solução para a loucura.

A partir dessa inspiração, tecemos um manual como guia para as infinitas possibilidades de se trans(formar) para formar, a partir do encontro com as(os) discentes de Medicina e a população do recôncavo em suas diversas formas de expressar suas dores e seus caminhos de produção de vida e resistências. Todos(as) começamos pela ocupação no mesmo lado da fita, que em suas dobras, possibilitava a emergência das diferenças como espaço de respeito e garantia de direitos. O formar e o resistir; o aprender a cuidar do outro aprendendo a cuidar de si, eis uma aposta ético-estético e política representada nas dobras das fitas do Internato Saúde Mental em Redes.

Tudo foi planejado com o objetivo de fortalecer a formação do(a) médico(a) generalista para que este(a) possa se comprometer e intervir nas questões relacionadas à saúde mental mais prevalentes na atenção primária e secundária à saúde, por meio de vivências no território e pautado em um modelo de cuidado humanizado, colaborativo, integral e interdisciplinar. Neste sentido, o papel do(a) médico(a) generalista na equipe multi e interdisciplinar perspectiva a função e posição de técnico(a) em saúde

mental, trabalhando de forma conectada e integrada atividades de campo e núcleo, conforme nos ensina Gastão Wagner Campos (2007).

A construção do projeto de internato, ao qual nos referimos aqui, foi realizada em consonância com o Projeto Político Pedagógico (PPC) do curso de Medicina da UFRB. O investimento na formação em saúde mental nos convoca ao desafio de fortalecer a Clínica da Atenção Psicossocial no território existencial do recôncavo baiano, a partir do reconhecimento de suas potencialidades e particularidades socioculturais. Apostamos e buscamos contribuir para a formação de profissionais capacitados para reconhecer a complexidade do sofrimento psíquico nas suas diversas formas de expressão e dimensões da vida que, por sua vez, também estão relacionadas aos determinantes sociais em saúde (DSS) (Alves; Rodrigues, 2010) e impactam na qualidade de vida da população assistida.

Para isso, estabelecemos alguns objetivos de aprendizagem baseados em competências (habilidades, atitudes e conhecimentos) que deveriam ser desenvolvidas pelos(as) estudantes durante o internato, as quais seriam:

- Cuidar bem de si para cuidar do outro com dignidade;
- Conhecer a história de vida das pessoas e de seus vínculos com a comunidade/território onde vivem, bem como com outros elementos dos seus contextos de vida ao estruturar a abordagem terapêutica utilizada;
 - Escutar, acolher, construir vínculos terapêuticos;
 - Planejar intervenções de cuidado concebidas na realidade cotidiana do território, em consonância com as singularidades dos(as) usuários(as) e de suas comunidades;
- Mapear os recursos que o território tem a oferecer aos profissionais de saúde para contribuir no manejo das questões relacionadas à saúde mental;
 - Reconhecer e utilizar as potencialidades e particularidades socio-culturais do recôncavo baiano como estratégia de cuidado;
 - Ter atitudes de respeito, ética e sigilo profissional;
 - Oferecer suporte emocional aos sujeitos em situação de sofrimento psíquico;
- Desenvolver atividades coletivas/grupais e intersetoriais no território;

- Realizar atividades interdisciplinares com os(as) profissionais das equipes de referência, bem como com estudantes de outras formações da UFRB e outras instituições;
- Realizar exame do estado mental e registrar adequadamente no prontuário;
- Conhecer os principais transtornos mentais do ponto de vista epidemiológico, psicopatológico, seus determinantes sociais, bem como as possibilidades de intervenções terapêuticas;
- Identificar o perfil de sujeitos com demandas de cuidado em saúde mental para atendimento em atenção secundária e terciária;
- Exercer o cuidado de forma integral, considerando os sujeitos em suas dimensões biopsicossociais;
- Reconhecer os aspectos psicodinâmicos da relação médico(a)-usuário(a);
- Identificar a relação entre as doenças crônicas comuns na atenção básica e o sofrimento psíquico;
- Manejar agravos de saúde numa abordagem ética, multiprofissional e interdisciplinar;
- Incluir os(as) familiares no processo de cuidado de si e de seus(suas) parentes/usuários(as) do serviço de saúde;
- Elaborar projetos terapêuticos singulares contemplando as dimensões de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação;
- Elaborar projetos de intervenção coletiva visando à melhoria de condições e indicadores de saúde, utilizando como pressupostos a interprofissionalidade, a participação popular e o respeito à autonomia e à diversidade humana;
- Reconhecer e desenvolver estratégias para lidar com o sofrimento psíquico inerente à formação médica no internato e no exercício profissional;
- Utilizar a literatura científica de forma crítica para responder a perguntas advindas da prática no CAPS e no matriciamento na APS e identificar lacunas de conhecimento que demandem novos conhecimentos, investindo em educação permanente de forma ética e reflexiva;

- Utilizar as estratégias da educação popular em saúde como ferramenta de cuidado; e
- Reconhecer e legitimar o saber popular dos sujeitos cuidados acerca de sua situação de sofrimento psíquico, aproximando-se de suas histórias de vida e dos recursos de cuidado advindos desse contexto.

A partir do estabelecimento destes objetivos de aprendizagem e estudando a rede de saúde no município onde seriam realizadas as práticas, montamos uma semana padrão para os(as) estudantes, dividida em dois grandes eixos: a) atenção secundária/estratégica e b) atenção primária.

Na atenção estratégica, tal como é denominada na Portaria 3.088/2011, que institui a RAPS, nossas práticas são realizadas nos CAPS II e CAPS ad, onde os(as) estudantes participam das seguintes atividades: acolhimento, visitas domiciliares, supervisões, elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS), grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, reunião da equipe técnica, assembleia dos usuários, grupo de familiares e seminários.

Já na atenção primária, as atividades são: mapeamento dos recursos terapêuticos, redes de apoio formais e informais existentes no território e na equipe; identificação das situações de sofrimento mental associado às doenças crônicas mais comuns na Atenção Primária (hipertensão, diabetes etc.); realização de atendimento, individual e/ou coletivo, juntamente com outros(as) profissionais da equipe; visita e atendimento domiciliar compartilhado; discussão de casos de forma coletiva e horizontal, visando à implicação de toda a equipe; construção compartilhada de projeto terapêutico singular (PTS); participação nas atividades relacionadas à saúde mental do Programa Saúde na Escola (PSE); participação de reuniões de equipe; proposição, condução e participação de atividades de educação permanente com a equipe multiprofissional; participação em atividades coletivas no território, como feiras de saúde, eventos comemorativos e campanhas de prevenção; realização de atividades voltadas para o fortalecimento da rede de cuidados em saúde e da rede intersetorial, uma vez que a atenção psicossocial não se limita aos serviços de saúde; desenvolvimento de estratégias de monitoramento e avaliação das atividades realizadas junto à ESF e aos usuários do serviço.

O não hegemônico pede passagem

Com o objetivo de orientar os encontros com o cotidiano dos serviços, propusemos a organização de uma semana padrão, com um cronograma de atividades de cuidado que fugiam ao padrão normativo de um curso regular pautado pelo enfoque biomédico, distribuídas em 36 horas semanais, durante o período de 16 semanas. O grupo de estudantes era formado por 10 pessoas, divididas em duplas para desenvolvimento das atividades propostas.

Para além das proposições acima mencionadas, no que se refere a cada campo de prática, as(os) estudantes sempre tinham liberdade para, em consonância e articulação com as equipes, planejarem atividades específicas, as quais mencionaremos a seguir, a título de exemplificação, embora não seja possível, nesse tempo-espaço, detalhar e mensurar o alcance de cada uma delas.

Uma das estratégias pedagógicas utilizadas no internato de saúde mental, no CAPS, foi o desenvolvimento de um Projeto de Intervenção (PI) que buscasse dar resposta a um problema concreto, observado no território de atuação, no âmbito da clínica psicossocial, transformando ideias em ações e objetivando a melhoria das condições de saúde da população, no contexto da atenção secundária. Para atingir o objetivo do PI adotou-se a técnica de observação participante do cotidiano do serviço por 30 dias, com o intuito de identificar as principais demandas e temas para o desenvolvimento de uma intervenção voltada para os usuários assistidos no serviço.

Nessa etapa, uma das demandas levantadas pelos(as) usuários(as) do serviço e profissionais, foi a necessidade de uma atividade relacionada com a arte, com as habilidades manuais e, se possível, com vistas à geração de renda. A partir dessa demanda, foi proposta a realização de oficinas terapêuticas abertas à participação voluntária de usuários(as) inscritos no CAPS II ou pertencentes à rede de saúde do município.

Inicialmente, o projeto contou com a Oficina Terapêutica de Vagonite de Fita, que tinha como oficinaira uma usuária do serviço que demonstrou interesse em compartilhar sua habilidade em um tipo de bordado com fita

chamado vagonite, com seus colegas que ali estavam. A partir dos encontros, desenvolvidos por esse PI, foi se estruturando um grupo de aproximadamente seis usuários, com interesse em comercializar os produtos oriundos das oficinas e, assim, nasceu o Projeto de Extensão denominado “Ações na Atenção Psicossocial: o Bazar como instrumento para a Geração de Renda e Cidadania”, que visava desenvolver oficinas de geração de renda no contexto da saúde mental que possibilitassem a diminuição de estigmas e a troca de identidade social (Pinho; Santos; Lacerda, 2019).

Em um segundo momento, os trabalhadores perceberam a necessidade de expandir a possibilidade de vendas, assim discutiu-se sobre um segundo projeto que teve como título “A experiência de um coletivo de trabalhadores com as mídias sociais e a ampliação da cidadania”, cujos objetivos foram possibilitar a divulgação dos produtos das oficinas de trabalho por meio de mídias digitais e criar uma marca e um logotipo que representasse o coletivo de trabalhadores (Santos; Pinho, 2021).

As discentes e docentes, reconhecidas no Internato de Saúde Mental em Redes como internas e internos, encontravam nessa etapa do curso a proximidade da realização de um grande sonho: formar em Medicina após longos anos na UFRB. A entrada no CAPS possibilitava assim o encontro com a realidade dos sonhos: das internas(os) e das pessoas que eram usuárias daquele serviço. A maioria delas expressava em seus olhares, gestos e atitudes certo distanciamento e silêncio em suas possibilidades de sonhar. Foi nesse contexto que surgiu a ideia de uma oficina dos sonhos, que, através de uma escuta sensível na convivência com os(as) usuários(as) do CAPS, sentiram-se provocados(as) e incomodados(as) com a ausência do desejo de sonhar. Dentre os objetivos da oficina dos sonhos, elencamos: propiciar espaços de escuta e compartilhamento de experiências de vidas, sonhos realizados e não realizados, novos e velhos sonhos entre discentes e as pessoas usuárias do CAPS; estimular a escuta coletiva de objetivos e sonhos da vida pessoal fora do CAPS; contribuir para o desenvolvimento e reconhecimento das potencialidades dos(as) usuários(as); questionar e refletir sobre os impactos dos estigmas sociais na vida dos(as) usuários(as) e em suas possibilidades de sonhar; fortalecer a rede de apoio fora do CAPS; ofertar espaços para exercício da autonomia em suas vidas e relações.

Antes de apresentar o projeto para a equipe do CAPS, a dupla de internos convidou um representante dos usuários para avaliar e planejar a sua execução. A cozinha foi o espaço inovador e integrador na construção coletiva da oficina dos sonhos. Os internos identificaram a importância daquele espaço para os usuários, tendo em vista a construção do forte vínculo com a equipe. Durante três meses o encontro dos sonhos foi registrado em um diário. A partir do recolhimento das afetações, os internos desenvolveram tecnologias de cuidado mais próximas da vida dos(as) usuários(as); acompanharam a trajetória de pessoas que se abriram para velhos e novos sonhos, ao mesmo tempo, aprenderam a respeitar o tempo de cada uma/um, bem como se deparar com os limites dos sonhos de quem teve sua vida aprisionada por longos anos de internação. Despertar para novos sonhos exigia da formação médica a paciência e a sensibilidade para escuta das dores das(os) outras(os).

Na atenção primária, adotamos o lema “Aprendemos a cuidar sendo cuidados(as)”. Na prática, isso se concretizou da seguinte forma: não chegamos para as Equipes de Saúde da Família (ESF) demandando trabalho. Nós chegamos propondo cuidar dos(as) trabalhadores(as), com momentos semanais de cuidado em grupo. E assim fizemos. Em paralelo a isso, iniciamos um levantamento de casos, em acordo com os(as) Agentes Comunitários(as) de Saúde (ACS), e visitas/atendimentos domiciliares de uma grande demanda de cuidado em saúde mental.

Com a aproximação com as pessoas no território que demandavam cuidados, iniciamos também o atendimento em grupo, voltado para cuidadores(as), mas que pela dinâmica própria de organização deles(as), acabou sendo para a comunidade de forma geral.

Todas as semanas fazíamos grupos terapêuticos, no espaço cedido por uma igreja, alternando trabalhadores(as) e comunidade em geral. O planejamento e execução das atividades era sempre realizado entre docentes e discentes e, quando era o grupo para a comunidade, também participavam os(as) trabalhadores(as), geralmente os(as) ACS. A ideia era não realizarmos o trabalho de forma solitária, mas em conjunto com a equipe, inclusive como forma de instrumentalizá-la para o cuidado em saúde mental.

Considerações finais

Chegamos ao final deste texto com algumas reflexões. Apesar de reconhecermos as potencialidades e a abertura do espaço institucional para a proposição e implementação de um internato em formato tão inovador, algumas dificuldades e desafios fizeram-se presentes de forma relevante nesse processo. Éramos apenas quatro docentes recém-chegados no curso de graduação de Medicina da UFRB, sendo um médico psiquiatra e três psicólogas.

O processo de desenvolvimento do projeto do primeiro internato nos convocou a produzir alianças, escuta, acolhimento, deslocamentos, rupturas e (re)conciliações de perspectivas de cuidado entre nós mesmos e todos(as) atores/atrizes envolvidos(as) nessa missão inovadora no recôncavo baiano. Principalmente diante das expectativas dos(as) estudantes, ancorados(as) em uma concepção de formação em saúde que associava a chegada do internato ao momento inaugural do “tornar-se médico(a)”, através do exercício de práticas biomédicas.

Frente a essas expectativas, ofertamos um cenário de práticas cuja realidade marcada pelo intenso sofrimento psíquico da população do recôncavo produzia rupturas naquela visão sedimentada, instituída. Alguns deslocamentos foram marcantes, como a inversão do lugar do agente comunitário como simples executor(a); neste formato, os(as) ACS são preceptores(as) dos(as) futuros(as) médicos(as); foram os(as) ACS os(as) principais acompanhantes e condutores(as) dos(as) internos(as) no território e manejo de cuidado.

Além disso, o cotidiano de cuidado marcado pela convivência com os(as) usuários(as) em cenários diversos (a oficina de geração de renda e a oferta de novas linguagens e tecnologias para a compreensão e cuidado do sofrimento psíquico; a oficina dos sonhos e o despertar para a diversidade dos modos de viver e enfrentar os estigmas da loucura e o cuidado no território através da ligação direta com as USFs) possibilitou a indissociabilidade entre o cuidar do outro como parte do processo prioritário do aprender a cuidar de si.

Outro desafio foi se deparar com a fragilidade da RAPS, o que dificultou o acolhimento dos(as) internos(as) e o desenvolvimento de algumas

atividades, por contarem com um número de serviços e profissionais de saúde mental insuficiente para a demanda do município, por não desenvolver ações de educação permanente e não conseguir promover a articulação necessária dentro da própria RAPS e desta com as outras redes, seja no âmbito da saúde, educação, assistência social e todas aquelas que dariam suporte à integralidade do cuidado a esses sujeitos.

Esses foram os primeiros passos e conformações do primeiro internato do curso de Medicina: o Internato Saúde Mental em Redes. Seguimos o fluxo de demandas de cuidado e formação, sempre fazendo avaliações com todos os(as) atores(as) envolvidos(as) e equipes dos serviços, estudantes, usuários(as) e docentes. Dessa forma, esse internato está sempre em processo de mudança, buscando manter a nossa linha de cuidado ético e político. Após essas experiências, várias outras estão sendo performadas, construídas, e serão compartilhadas em outras oportunidades. Desejamos com isso que novas parilhas sejam feitas, quiçá pelos próprios médicos/médicas egressos(as) que já passaram pelo encontro com a saúde mental e hoje atuam na residência médica da UFRB e nos diversos serviços de saúde do SUS, nos municípios do recôncavo baiano, ofertando um cuidado digno e antimanicomial.

Referências

ALVES, A. A. M.; RODRIGUES, N. F. R. Determinantes sociais e económicos da saúde mental. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. v. 28, n. 2, jul./dez. 2010.

AMARANTE, P. A desinstitucionalização como desconstrução. In: AMARANTE, P. **O homem e a serpente**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BONADIMAN, C. S. C. et al. A carga dos transtornos mentais e decorrentes do uso de substâncias psicoativas no Brasil: Estudo de Carga Global de Doença, 1990 e 2015. **Rev Bras Epidemiol.**, v. 20, n. 1, p. 191-204, 2017.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001.

BRASIL. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014.

CAMPOS, G. W. de S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Sociedade e Cultura**, [s. l.], v. 3, n. 1, 2007. DOI: 10.5216/sec.v3i1.456. Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/fcs/article/view/456>. Acesso em: 22 ago. 2021.

GBD. Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. **Lancet.**, v. 390, n. 10100, p. 1211-1259, 2017.

LANCETTI, A. **Saúde loucura**. Saúde mental e saúde da família. n. 7. São Paulo: Editora: Hucitec, 2013.

MATRAGA, M. Condição Humana. **Memorial Matraga**, 8 fev. 2018. Disponível em: <https://www.memorialmatraga.com.br/condicao-humana/>. Acesso em: 24 out. 2023.

PINHO, P. H.; SANTOS, R. O.; LACERDA, L. C. Ações na atenção psicossocial – oficinas de trabalho como instrumento para a geração de renda e cidadania: um relato de experiência. **Revista Extensão**, Cruz das Almas, v. 16, n. 1, p. 19-23, 2019. Edição especial Pibex.

SANTOS, E. S.; PINHO, P. H. Oficinas de trabalho como mecanismo promotor de cidadania: a experiência da extensão em um CAPS II. **Revista Extensão**, v. 19, n. 2, p. 160-166, abr. 202.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Depression and other common mental disorders: global health estimates**. Geneva: WHO, 2017.

Reabilitação Psicossocial: CAPS e oficina

*Adriana Leão
Weslane da Silva Santos*

Introdução

O processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira proporcionou a construção de um modelo de atenção à saúde mental de base territorial e comunitária, que retirou a centralização da assistência no Hospital Psiquiátrico e teve como orientação os princípios da Reabilitação Psicossocial.

A Reabilitação Psicossocial não é um manual de técnicas para os serviços de atenção em saúde mental, mas sim um conjunto de valores que se distanciam da hegemonia dos modelos médicos-psiquiátricos ao buscar responder as demandas dos indivíduos em situação de sofrimento psíquico a partir de suas necessidades complexas, que são de naturezas variadas (Saraceno, 2001).

Com o objetivo de estabelecer/restabelecer a participação social e a capacidade contratual das pessoas, a Reabilitação Psicossocial assume três eixos principais para intervenção: o morar (habitar), a troca de identidades (a rede social) e o produzir e trocar mercadorias e valores (o trabalho com valor social). A construção e o exercício pleno da cidadania é o ponto fundamental da reabilitação psicossocial. Todas as ações que operam a favor do habitar, da rede social e do trabalho com valor social, cooperam para a reabilitação (Saraceno, 2016).

Nesse modelo de atenção, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) é o cenário em que são desenvolvidas práticas pertinentes aos preceitos da Reabilitação Psicossocial. Diferentes serviços e programas devem constituir essa rede, organizada em diferentes eixos: Atenção Básica em Saúde composta por Unidade Básica de Saúde, Núcleo Ampliado de Saúde da Família, Consultório na Rua (CnaR), Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência e Cultura; na Atenção Psicossocial Estratégica encontram-se os Centros de

Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades; na Atenção à Urgência e Emergência estão os serviços do SAMU 192, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2011).

Os CAPS, especificamente, se propõem a realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. As práticas dos CAPS devem ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no contexto dos usuários (Brasil, 2004).

Nesse contexto, salientamos a importância de iniciativas que ampliem a circulação das pessoas com sofrimento psíquico pelos espaços sociais, como uma das possibilidades para transformar a concepção de loucura no imaginário social, pois ações de natureza territorial alcançam diretamente o aspecto sociocultural do processo da Reforma Psiquiátrica, que tem como expressão a transformação do lugar social da loucura (Amarante; Torre, 2018). Essa desejada mudança pode ser estimulada a partir de ações realizadas pelos serviços de atenção à saúde mental, ao ter como objetivo o desenvolvimento do protagonismo e do empoderamento das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico.

Nos CAPS destaca-se o desenvolvimento de oficinas como uma ferramenta potente ao estimular e favorecer a circulação das pessoas no território e dos objetos produzidos, o que pode possibilitar também movimentos de geração de renda. Além do estímulo à criatividade, a intenção é proporcionar a comunicação e, principalmente, a convivência, que mediada por um fazer, é o elemento central desse dispositivo. As oficinas podem ser compreendidas como um dos diversos operadores que contribuem com o processo de Reabilitação Psicossocial (Costa; Figueiredo, 2008).

Diante desse cenário, algumas questões se apresentam pertinentes: de que forma as ações desenvolvidas no CAPS colaboram para o processo de Reabilitação Psicossocial? Observa-se impacto no cotidiano dos usuários a partir do cuidado no CAPS?

Diante da importância da produção acadêmica em torno de práticas em prol dos processos de protagonismo e de participação social, o projeto

“Políticas e Práticas em Saúde Mental: a construção de itinerários de reabilitação psicossocial, *recovery*, protagonismo e enfrentamento de estigmas” foi desenvolvido por meio de um subprojeto de iniciação científica, no Programa Institucional de Iniciação Científica da Universidade Federal do Espírito Santo (PIIC-UFES).

Assim, buscamos, nesse estudo, verificar as possibilidades de construção de itinerários de reabilitação psicossocial e de estimulação do protagonismo na visão dos usuários de um serviço de atenção psicossocial.

A partir dessa produção de conhecimento científico, justificamos a importância desse estudo para a reafirmação do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, da saúde mental pautada na produção de cuidado de forma cidadã, sobretudo, diante do momento em que portarias e resoluções são criadas, como pode ser observado na Nota Técnica n.º 11/2019, emitida pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas – CGMAD/DAPES/SAS/MS (Brasil, 2019), em conformidade com valores pautados na perspectiva de práticas psiquiátricas conservadoras, o que se apresenta como um retrocesso para o campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Esta pesquisa proposta é exploratória de natureza qualitativa, pois essa abordagem apresentou-se adequada para atingir o objetivo estabelecido nesse estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa pode ser entendida como a tentativa de obter profunda compreensão dos significados e definições das situações, como as pessoas nos apresentam (Minayo, 2014).

O projeto teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UFES) por meio do Parecer de n.º 1.101.772, respeitando-se os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos participantes.

O campo desse estudo é um CAPS do tipo II do município da Serra, na Grande Vitória, no Espírito Santo.

Os participantes foram sete usuários do CAPS II, sendo duas mulheres e cinco homens, com idades entre 23 e 61 anos, com histórico de sofrimento psíquico de aproximadamente 17 anos e que frequentavam o serviço em média de 4 a 9 anos.

Inicialmente foi apresentada a proposta do estudo em reunião de equipe, e os profissionais compreendidos como colaboradores iniciais fo-

ram os informantes-chave que facilitaram o acesso aos participantes. E, além disso, foi indagado aos profissionais presentes, sobre quais práticas realizadas por eles estariam em conformidade com os direcionamentos da Reabilitação Psicossocial. Os profissionais discutiram entre si e definiram a denominada “oficina de passeio”, o grupo de gestão autônoma da medicação (GAM), entre outras oficinas.

A partir de um convite dos profissionais diretamente envolvidos na “oficina de passeio” houve a observação simples da mesma em um dia dessa atividade, com o intuito de aproximação dos usuários indicados pelos profissionais e, posteriormente, o agendamento das entrevistas, do tipo semiestruturada, que ocorreram entre fevereiro e abril de 2017, tiveram duração média de trinta minutos e, basearam-se nas seguintes temáticas: participação na atividade; percepção de mudança no cotidiano a partir da participação nessa atividade; outras ações/intervenções/acontecimentos (além da medicação) que ajudaram na reabilitação; objetivo e alcance das ações ofertadas no CAPS para a melhor recuperação das pessoas que apresentam um transtorno mental.

Após a transcrição das entrevistas, utilizamos a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 2016) seguindo as etapas: (1) pré-análise, (2) exploração de material e (3) tratamento dos resultados. A fase da pré-análise dos dados constituiu na leitura flutuante da transcrição das entrevistas, sendo recortados trechos das falas que contemplavam o objetivo do estudo e trechos que emergiram como temáticas relevantes. Na segunda fase foi realizada a categorização dos dados, que foram organizados com base nos sentidos e significados conferidos pelos usuários sobre as atividades que participavam. A última etapa configurou-se na fase do tratamento dos resultados, que culminou na análise reflexiva dos dados, tendo como elementos norteadores categorias construídas após a transformação dos dados brutos, na fase de exploração do material.

Nesse processo, conforme Minayo (2014), o pesquisador busca encontrar no texto categorias temáticas que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. Os trechos discursivos destacados em cada uma das categorias foram identificados pela letra U.

Em relação ao objetivo proposto nesse estudo, verificar as possibilidades de construção de itinerários de reabilitação psicossocial e de estimulação do protagonismo na visão dos usuários de um serviço de atenção psicossocial, emergiram como resultado do processo da análise de conteúdo, as seguintes temáticas: percepção do CAPS e Oficina de passeio – impacto da oficina no cotidiano, com seus subtemas, conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Temáticas e subtemas da análise de conteúdo.

Temas	Percepção do CAPS	Oficina de passeio - impacto da oficina no cotidiano
Subtemas	local produtor de cuidado e espaço de passagem	ampliação das redes sociais
	acesso aos direitos	reconhecimento de direitos
	necessidade investimento	acesso ao lazer e cultura

Fonte: Elaborado pelas autoras (2021).

Percepção do CAPS

Por meio dos conteúdos das falas dos usuários, nota-se nos trechos abaixo que o CAPS é reconhecido como um local produtor de cuidado, o qual é viabilizado pelas oficinas ofertadas:

U: “O CAPS abre a mente da gente, a gente vem para cá, faz as atividades. O CAPS serve pra ajudar a gente no tratamento”.

U: “Me ajuda no meu tratamento, consigo entender melhor o que eu tenho”.

U: “Olha, eu acho que o objetivo pode ser plenamente alcançado quando a gente se permitir participar da oficina, porque quando eu não participava como eu ia entender o que eram os objetivos?! Ao meu ver os objetivos estão sendo plenamente alcançados. Eu não tinha a importância de participar das oficinas e não foi em toques mágicos, foi dia após dia, foi uma construção”.

U: “Eu fico melhor quando eu participo das atividades aqui”.

Oficinas que buscam estimular a produção de conteúdo artístico, como oficinas de pintura, de letras e contos, de música, entre outras, foram citadas pelos participantes como produtoras de espaços permeados pelo

diálogo, capaz de fomentar um pensamento crítico sobre a condição de sujeito com sofrimento psíquico, e possibilitar a desconstrução da crença em torno do status da loucura, como observa-se no trecho abaixo:

U: “Então eu sou normal, tem aqui uma pessoa, uma cronista dizendo que eu não sou doida (risos) então são coisas que vão te abrindo a mente, a leitura nos eleva, se a gente se permitir instruir”.

O CAPS foi compreendido como um espaço de passagem, onde o usuário pode construir meios de enfrentamentos, possibilitar a apropriação ou o resgate de potencialidades para ação em diferentes aspectos:

U: “Porque o objetivo do CAPS é que a pessoa tenha empoderamento suficiente para tocar a sua vida normal. E aí cada vez mais você vai ter condições de agir”.

U: “Me ajudaram muito e continuam me ajudando porque eu peguei isso aqui e levei para além do CAPS, eu levei para minha vida”.

U: “Veja bem, eu vim aqui fazer um tratamento, que me educou para a vida, me ajudou como ser humano, como pessoa e intelectualmente também”.

O acesso ao trabalho e à educação se constitui como um direito, e o CAPS também é percebido pelos usuários como um serviço de atenção capaz de estimular esse acesso:

U: “Eu quero que o CAPS me ajude a melhorar a minha saúde mental, a me ajudar a me preparar para ser um trabalhador e trabalhar em uma empresa e me ajude a ser uma pessoa social melhor”.

U: “Algo que me ajudasse na educação, a voltar a estudar ou um trabalho. Meu sonho é ter um emprego de carteira assinada, eu nunca trabalhei de carteira assinada”.

A facilitação do acesso ao trabalho com valor social é um dos eixos da Reabilitação Psicossocial, por meio do qual se constrói o aumento da contratualidade social das pessoas em situação de sofrimento psíquico (Saraceno, 2001).

São práticas voltadas para o acesso à educação e ao mercado de trabalho que permitem aos usuários mostrarem as suas potencialidades e habilidades, tornando real a sua inclusão social. Porém, apesar de preco-

nizado, um dos maiores desafios dos serviços territoriais ainda é fomentar a produção de ações por meio de relações intersetoriais que concretizem esse acesso.

E, para isso, é preciso investimento técnico e também econômico, ou como apontaram os participantes, a necessidade de mais recursos para as políticas públicas de saúde e saúde mental, como é explicitado nos trechos abaixo:

U: “Olha o que eu acho que pode ser feito, aliás, que deve ser feito, é investir cada vez mais em políticas públicas, sabe?! O governo, e a prefeitura, órgãos, precisam investir nesse serviço”.

U: “Então tem é que investir mais na saúde mental mesmo, nesse quesito aí, de trazer mais profissionais”.

Mais investimento nos serviços de saúde mental, com maior número de profissionais, com qualificação e diversificação das ações, possibilita um cuidado integral, favorável ao processo de Reabilitação Psicossocial.

Não obstante os desafios inerentes ao processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, como a integração da saúde mental com a atenção básica, a articulação dos serviços em rede e a inserção de leitos de atenção à crise em hospital geral, dentre outros, após 2016 o cenário político, econômico e social, recrudescer ainda mais a falta de investimento nas políticas sociais. Especificamente no campo da saúde mental vem ocorrendo importantes retrocessos a partir de resoluções aprovadas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2019) e pelo Ministério da Cidadania e Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, do Ministério da Justiça e Segurança Pública (Brasil, 2019a), as quais atendem a interesses políticos conservadores e neoliberais, em detrimento da promoção, da prevenção e do cuidado às pessoas com sofrimento psíquico em uma abordagem de saúde coletiva, sistêmica e intersetorial (Almeida, 2019).

Diante disso, e ao observarmos as falas anteriores dos colaboradores desse estudo sobre a importância do CAPS, torna-se imprescindível a afirmação de práticas no campo da atenção psicossocial, em contraposição aos inúmeros desafios para a concretização de ações que vão na direção da reabilitação psicossocial, do protagonismo, da autonomia e da cidadania.

Oficina de passeio

Na condição de informantes iniciais, os profissionais do CAPS, ao serem indagados sobre quais atividades que acreditavam se aproximar mais dos preceitos da Reabilitação Psicossocial, indicaram a “oficina de passeio”, que emergiu como uma temática significativa no conteúdo das falas dos participantes do estudo, os quais atribuíram o estímulo à autonomia como um dos objetivos dessa ação, como se observa no seguinte trecho:

U: “Bem já existe essa interação além CAPS, você não fica enfiada dentro de um CAPS, você sai pros passeios, pra você ter autonomia e com isso a pessoa vai ficando cada vez mais autônoma pra seguir a sua vida lá fora”.

Nota-se, ainda, um comum entendimento sobre o funcionamento da oficina, como esclarecem os excertos:

U: “A oficina de passeio é o seguinte, a gente marca com o pessoal que vem aqui à tarde, marca um lugar que a gente quer ir e o lugar que marcar mais votos a gente vai. É, a gente precisa defender onde a gente quer ir”.

U: “A oficina de passeio é ótima, a gente vai toda sexta-feira. A gente entra no carro e vai uma porção de gente daqui, a gente leva o lanche, lancha, na volta à gente volta de ônibus e cada um vai para sua casa”.

O processo de construção dessa oficina é um fazer coletivo, com o desenvolvimento da capacidade de escolha do lugar a ser visitado, a partir do desejo de conhecer. A participação ativa nas decisões referentes à oficina de passeio permite o fortalecimento dos modos coletivos de gestão, planejamento e decisão das ações em saúde, configura-se uma prática que visa à construção da autonomia, assim como o poder de escolha e expressão dos desejos (Almeida; Dimensteisn; Severo, 2010).

É importante destacar que os passeios preferidos são as idas à praia, sendo que houve usuários que apontaram nunca ter ido, ou relataram que há muito tempo não o faziam. Alguns municípios da Grande Vitória são cercados por praias, e a oficina de passeio permitiu conhecer e usufruir de um recurso próprio do território em que se inserem os usuários:

U: “Na praia. Não entramos na água, fiquei só na areia. Foi bom, foi o que eu mais gostei”.

U: “A praia X também é uma delícia, calma, linda. Tem um riozinho, bem calma. Nossa, é chique demais”.

U: “Acho que mudou sim porque eu não saía, não saía para lugares, ficava mais em casa e aí agora é uma oportunidade de eu passear”.

Analisamos, a partir dos trechos, que ações como a “oficina de passeio” possibilitaram a participação social e vivências significativas para o coletivo envolvido, não faziam parte dos hábitos da maioria dos usuários, permitiram o estar em outros lugares que não apenas no serviço de saúde mental e, assim, produziram impactos positivos no cotidiano, pois representam o acesso ao lazer, à cultura e o estímulo para ampliação das redes sociais.

Atividades de lazer propiciam a quebra do cotidiano estereotipado dos serviços de saúde mental, possibilitam aos usuários um novo espaço onde é possível expressar suas vontades e desejos e promover a participação social. Por meio dessas atividades, experiências são vividas, lugares são conhecidos, sentimentos são experimentados, há o encontro entre as pessoas (Otsuka, 2009). Assim, os discursos expressaram a oportunidade de novas experiências e os benefícios das atividades de lazer:

U: “É muito bom, a gente passeia, a gente se diverte, a gente conhece lugares diferentes, lugares que não fui ainda e que nunca frequentei”.

U: “Antes eu ia para casa na sexta à tarde e não saía para lugar nenhum, então a oficina é uma forma que tenho para me divertir”.

U: “Ah, agora eu estou mais saído né, vou passear, eu vou ao passeio e abre a mente da gente, a gente conhece outros lugares”.

U: “Ah é uma diversão pra nós né, porque a gente fica aqui todo dia, não sai. Só vem de casa pra cá, de cá pra casa e não sai, é então uma diversão”.

O lazer é uma forma potente para propiciar trocas sociais, novas possibilidades do sujeito se constituir em espaços que não se restrinjam ao serviço de saúde e encontrar novas referências na relação com o mundo (Otsuka, 2009).

Acessar os espaços de arte e cultura despertou novos hábitos, sensação de pertencimento, e produziu reposicionamentos pessoais a partir de experiências criativas de ampliação do repertório cultural, que estimulou a produção de novos modos de vida, como constatamos nos trechos abaixo:

U: “Então foi algo que alcançou plenamente meus objetivos, eu pude me rever como pessoa, como ser humano e de repente ver, poxa olha só a dimensão que tem a arte na nossa vida né”.

U: “Veja bem, eu tinha muito constrangimento de ir a determinados locais, o CAPS quebrou esse paradigma da minha vida, tipo assim, eu tinha constrangimento de repente ir a alguns lugares”.

U: “São lugares que a gente passa a conhecer e nesses passeios a gente conhece, adquire cultura, momento de entretenimento, momento de lazer mental”.

U: “Então passei a frequentar exposições de arte”.

A arte, a cultura e o cuidado produzem a sustentação de momentos criativos que se estendem à construção de redes de apoio social, são aspectos que se relacionam e tem como produto a produção de vida nos seus mais diferentes significados (Amorim; Severo, 2019).

Pode-se constatar que a arte e cultura se relacionam com a criação de significados e, por isso, ao serem incorporadas na prática dos serviços configura-se como um elemento de criação, de emancipação e de resistência às situações que estão estabelecidas no cotidiano das pessoas com a experiência do sofrimento psíquico, como o estigma social (Algado, 2016).

Ações de lazer e cultura possibilitam a oportunidade de circulação das pessoas em espaços sociais comum a todos, que antes eram improváveis, ou até mesmo desconhecidos. Como podemos observar nos trechos abaixo, a “oficina de passeio” corroborou para a afirmação e o reconhecimento dos direitos de cidadania, o enfrentamento do estigma e do auto-estigma, o que contribui de forma significativa no processo de reabilitação psicossocial:

U: “Não preciso me sentir envergonhada de repente entrar no palácio para ver uma exposição, achava que aquilo era só pra rico sabe, e o CAPS e o curso que fiz de Direitos Humanos me mostrou que não, o CAPS me deu esse empoderamento, com a oficina. E eu e meus colegas fomos a muitos lugares, como cidadãos que somos”.

U: “Agora eu vou do jeito que eu sou e não é porque eu quero ser rebelde, é porque eu quero ser eu mesma”.

U: “Eu quero me sentir à vontade e que me respeitam do jeito como eu sou, sabe?”.

Os estigmas sociais atribuídos às pessoas com a experiência do sofrimento psíquico são barreiras importantes para a participação social, pois impedem o exercício de papéis ocupacionais e, conseqüentemente, limitam o protagonismo e o exercício da cidadania.

A convivência promovida pelas oficinas apresenta potencialidade de enfrentamento e resistência ao estigma.

A “oficina de passeio” mediada pelo CAPS desvelou que o acesso ao lazer e o respeito às pessoas como cidadãs que são, fossem reconhecidos pelos usuários como direitos. Ações dessa natureza podem ser consideradas como iniciativas de reinvenção da cidadania e de *Empowerment*, compreendido como a valorização do poder contratual das pessoas nas instituições e do poder relacional nos contatos sociais. Esses são dois referenciais importantes para a construção de práticas contra a segregação e a estigmatização (Vasconcelos, 2012).

Para desenvolver ações que tenham como finalidade estimular processos de inclusão, protagonismo e cidadania, os serviços necessariamente fazem uso dos espaços do território. Ao realizar ações privilegiando o território, observa-se a quebra dos muros, reais ou simbólicos, da institucionalização. Atividades realizadas externamente propiciam o desencadear do desenvolvimento de uma rede comunitária e tornam possíveis as relações sociais, não apenas no território onde se insere o serviço, mas também no próprio espaço social dos usuários (Amorim; Severo, 2019). Isso fica claro quando, a partir de ações realizadas inicialmente junto ao serviço, o usuário consegue transferi-las para o seu cotidiano, sem mais a assistência do CAPS:

U: “Aqui nós vamos jogar bola na quadra, fazemos caminhada, vamos na praça, a gente faz bastante coisa aqui nesse bairro. [...] quando eu não estou aqui, caminho no meu bairro”.

Neste estudo, podemos perceber que, a partir de uma ação realizada fora do serviço, é possível estabelecer, fortalecer e ampliar as redes sociais:

U: “Então a oficina faz a gente interagir, passear. Aí a gente não fica só casa-CAPS, casa-CAPS. É uma coisa a mais”.

U: “Eu acho bom participar porque a gente sai um pouco de dentro do CAPS e melhora a convivência com as pessoas lá fora”.

Um dos eixos que orienta o trabalho da Reabilitação Psicossocial é a rede social, definida por Saraceno (2001) como a participação ou invenção de lugares em que seja possível realizar a troca de identidades. Ou seja, ao sair do papel de “doente” restrito à participação em um único ambiente social, e poder circular como cidadão em outros espaços, representa a troca de papéis sociais e apresenta repercussão nos discursos de nossos participantes.

Ações como a “oficina de passeio” fomentam o contato com o outro, fortalecem os laços sociais, possibilitam encontros e a formação de vínculos necessários para a ampliação da rede social. Quanto mais os usuários circulam nos espaços comunitários, mais possibilidades de construir novas redes sociais e novas relações, porque é justamente na convivência que se constrói relacionamentos e, a partir dela, se transformam as concepções sociais acerca da pessoa com sofrimento psíquico e, conseqüentemente, favorecem a sua participação social. Observamos nos trechos abaixo exatamente essa possibilidade de conviver com outras pessoas, e de fazer novos amigos, por se aproximarem mais nos passeios:

U: “Claro, percebi. É, eu me senti cada vez mais apta a conviver com os outros, passou a ser gostosa a convivência, é natural, espontânea”.

U: “Então assim, o propósito é maravilhoso, é o momento que você sai com os colegas”.

U: “Eu fiquei mais alegre, fiz mais colegas, fiz mais amizades. É bom, é bom”.

Inferimos que as ações desenvolvidas com o foco no território apresentam como perspectiva a Reabilitação Psicossocial quando objetivam intervenções com a pessoa em seu contexto, em prol de suas necessidades, dos seus direitos, das suas potencialidades e dos seus projetos e favorecem oportunidades de experiência e de produção de sentido, ou seja, quando ao fazer uso do território buscam estimular transformações socioespaciais para o convívio com as diferenças (Furtado *et al.*, 2016). Desse modo, a socialização que reflete no cotidiano contribui para o exercício da cidadania e o empoderamento dos usuários, e representa novas possibilidades de viver com o sofrimento psíquico (Campos *et al.*, 2017).

Assim, inferimos que a “oficina de passeio” se apresentou como uma ferramenta de Reabilitação Psicossocial em prol do eixo rede social, pois proporcionou a participação desse usuário na sua comunidade e tornou-se um importante recurso do serviço de atenção psicossocial.

O serviço, na perspectiva da Reabilitação Psicossocial, é uma variável, ou um conjunto de variáveis que influi no processo de reabilitação dos usuários. Constitui-se como um conjunto de lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico. Por recursos compreendem-se as pessoas, trabalhadores, usuários, seus familiares, a comunidade, com suas instituições formais e informais (Saraceno, 2001).

A “oficina de passeio”, como um recurso do CAPS em estudo, difere de entretenimento para além do significado de uma ação para passar o tempo, que, para Saraceno (2001), pode ser compreendido, a partir do seu significado etimológico “ter dentro”, como uma forma de manter o sujeito dentro de uma lógica manicomial e prazerosamente ocupado. Em oposição a essa compreensão de entretenimento, inferimos, a partir dos discursos dos usuários, que ações como a oficina de passeio – mais do que uma distração ou ocupação do tempo ocioso, ao possibilitar a participação social e vivências significativas para o coletivo envolvido, produz impactos positivos no cotidiano, que se apresentam no acesso ao lazer, à cultura e no estímulo para ampliação das redes sociais.

Considerações finais

A proposta inicial do estudo foi verificar as possibilidades de construção de itinerários de reabilitação psicossocial e de estimulação do protagonismo na visão dos usuários de um serviço de atenção psicossocial. Por meio da análise dos dados, obtivemos como resultados, as temáticas da percepção do CAPS de forma geral como um espaço produtor de cuidado e de relações, e especificamente, nesse contexto, ganhou foco uma oficina, de passeio, que ao ser discutida à luz da literatura, podemos afirmar sua potência na construção de itinerários terapêuticos com o propósito da Reabilitação Psicossocial, ainda que sem uma avaliação do conjunto de outras ações do serviço em seus diferentes aspectos.

A oficina ofertada pelo serviço, ao promover ações no contexto dos usuários, com o objetivo de acesso ao lazer e à cultura, produz ampliação da rede social, propicia o exercício da cidadania, estimula os usuários a serem os atores principais em todo o processo do cuidado. O planejamento e a atividade em si funcionam a partir dos desejos dos participantes em uma construção coletiva, com a criação de novos vínculos, e o cuidado passa a ser exercido por todos e não apenas pelos profissionais.

A “oficina de passeio” apresentou capacidade de estimular transformações sociais, uma vez que o serviço se torna mais permeável à cidade, não estando as ações produzidas, circunscritas ao ambiente institucional, ao serem conduzidas de modo a estimular o protagonismo de seus participantes e ao promover algumas modificações no cotidiano, como as expressas nas falas dos usuários.

Por meio da voz dos usuários, como atores implicados e protagonistas no processo de Reabilitação Psicossocial, inferimos, nesse momento de crucial retrocesso no avanço das mudanças produzidas no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, alguns dos impactos positivos no cotidiano das pessoas que apresentam a experiência do sofrimento psíquico.

Nesse sentido, não obstante aos desafios presentes, por meio das pesquisas é preciso cada vez mais afirmar a potência que os serviços substitutivos como o CAPS apresentam na construção de itinerários terapêuticos em prol da Reabilitação Psicossocial.

Referências

ALGADO, S. S. Terapia ocupacional, cultura y diversidade. **Cad. Bras. de Terapia Ocupacional**, v. 24, n. 1, p. 163-171, 2016.

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cad Saúde Pública**, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019.

ALMEIDA, K. S.; DIMENSTEISN, M.; SEVERO, A. K. Empoderamento e atenção psicossocial: notas sobre uma associação de saúde mental. **Interface Comunic Saúde Educ.**, v. 14, n. 34, p. 577-89, 2010.

AMARANTE, P.; TORRE, E. H. G. “De volta à cidade, sr. cidadão!” - reforma psiquiátrica e participação social: do isolamento institucional ao movimen-

to antimanicomial. **Revista de Administração Pública**, v. 52, n. 6, p. 1090-1107, 2018.

AMORIM, A. K. M. A.; SEVERO, A. K. S. Saúde mental, cultura e arte: discutindo a reinserção social de usuários da rede de atenção psicossocial. **Gerais, Rev. Interinst. Psicol.**, v. 12, n. 2, p. 282-299, 2019.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília-DF, 2004.

BRASIL. Portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, p. 230-232, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAMPOS, O. T. R. *et al.* Recovery, citizenship, and psychosocial rehabilitation: a dialog between Brazilian and American mental health care approaches. **American Journal of Psychiatric Rehabilitation**, v. 20, n. 3, p. 311-326, 2017.

COSTA, C. M.; FIGUEREDO, A. C. (org.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008.

FURTADO, J. P. *et al.* A concepção de território na Saúde Mental. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. 1-15, 2016.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OTSUKA, E. **A inserção das atividades de lazer no cotidiano de usuários de serviços de saúde mental: a experiência da “Copa da Inclusão”**. Orien-

tadora: Ianni Regia Scarcelli. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SARACENO, B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora, 2001.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. *In*: PITTA, A. (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

VASCONCELOS, E. M. Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento dos usuários. *In*: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio, subjetividades, saúde mental, sociedade**. 3ª reimpressão. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

Os(as) autores(as)

Adriana Leão

Terapeuta ocupacional. Doutora em Ciências – EEUSP. Professora no Curso de Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).
E-mail: drileao@gmail.com

Maria Alexandra de Melo Sampaio de Carvalho e Brito

Psicóloga clínica. Moçambique.
E-mail: alexandramello19@hotmail.com

Ana Carolina Rios Simoni

Psicóloga. Doutora em Educação – UFRGS. Professora no Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN.
E-mail: anacarolrs@hotmail.com

Ana Paula Ferreira

Terapeuta Ocupacional. Membro do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da EERP/USP.
E-mail: anapf.fer@gmail.com

Ana Suzete Baessa Moniz

Enfermeira. Mestrado em Enfermagem pela FURG (2017). Docente na Universidade Jean Piaget de Cabo Verde.
E-mail: anam.enf@hotmail.com

Analisa Candeias

Enfermeira. Doutora. Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Minho – Braga – Portugal.
E-mail: acandeias@ese.uminho.pt

Breno Augusto Souto Maior Fontes

Cientista Social. Professor Titular do Departamento de sociologia da UFPE. Doutorado em Estudos das Sociedades Latino-Americanas na Universidade de Paris.
E-mail: brenofontes@gmail.com

Carlos Sequeira

Enfermeiro. Doutor em Ciências de Enfermagem. Professor na Escola Superior de Enfermagem do Porto – Portugal.

E-mail: carlossequeira@esenf.pt

Clarice Bezerra Paz

Psicóloga. Preceptora do Núcleo em Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Icapui.

E-mail: claricepsicologia@yahoo.com.br

Clarissa de Souza Cardoso

Enfermeira. Mestra e doutoranda em Enfermagem pela UFPel.

E-mail: cissacardoso@gmail.com

Damilton Emílio Correia Rodrigues

Enfermeiro. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Docente na Universidade Jean Piaget.

E-mail: damilheber@gmail.com

Fazila L. Jodá Rebelo

Psicóloga. Profissional de Saúde Mental de Moçambique.

E-mail: fazila.rebelo@gmail.com

Francisco Miguel Correia Sampaio

Enfermeiro. Doutor em Ciências de Enfermagem. Professor na Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa – Porto – Portugal.

E-mail: fsampaio@ufp.edu.pt

Helóisa Garcia Claro

Enfermeira. Doutora em Ciências - EEUSP. Professora do curso de Enfermagem da Universidade de Campinas.

E-mail: helo.gclaro@gmail.com

Ivan Filipe de Almeida Lopes Fernandes

Bacharel em Relações Internacionais. Doutor em Ciência Política – USP. Professor de Políticas Públicas da Universidade Federal do ABC.

E-mail: ivanfilipe@gmail.com

Jacqueline de Souza

Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica EERP-USP. Professora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

E-mail: jacsouza2003@usp.br

Janaina Cristina Pasquini de Almeida

Enfermeira. Doutoranda pela EERP/USP. E-mail: janainacpa@usp.br

João Paulo Macedo

Psicólogo. Professor Associado da Universidade do Delta do Parnaíba.

E-mail: jampa@gmail.com

Lidiane de Fátima Barbosa Guedes

Psicóloga. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe. Professora do curso de Medicina da UFRB.

E-mail: guedes.lidiane@gmail.com

Magda Diniz Bezerra Dimenstein

Psicóloga. Doutora em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Professora Titular vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRN.

E-mail: mgdimenstein@gmail.com

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira

Enfermeira. Doutora em Ciências Sociais pela PUC-SP. Professora aposentada da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

E-mail: marciaap@usp.br

Mariana Tavares Cavalcanti Liberato

Psicóloga. Mestra e doutora em Psicologia pela UFRN. Professora da Universidade Federal do Ceará.

E-mail: marianaliberato@ufc.br

Monique Araújo de Medeiros Brito

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela UERJ. Professora do curso de Medicina da UFRB.

E-mail: moniqueambrito@gmail.com

Morena Chiara Riccio

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem Psiquiátrica pela EERP-USP.
E-mail: morena.riccio@usp.br

Natália Nogueira de Medeiros

Psicóloga pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: natalia.nogueira.medeiros@gmail.com

Odete Andrade Mota

Enfermeira. Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Docente e coordenadora do curso de Enfermagem na Universidade de Cabo Verde.
E-mail: odete.mota@docente.unicv.edu.cv

Paula Hayasi Pinho

Psicóloga. Doutora em Ciências pela EEUSP. Professora do curso de Medicina da UFRB. Professora permanente do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família Fiocruz/UFRB.
E-mail: phpinho@ufrb.edu.br

Paulo Henrique de Oliveira

Estudante de Medicina na UFPE. Membro do Núcleo de Cidadania, Exclusão e Processos de Mudança UFPE.
E-mail: paulooo.br@gmail.com

Roberto Cirilo de Araújo Silva

Psicólogo pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
E-mail: rascirilo@gmail.com

Valéria Cristina Chistello Coimbra

Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica EERP-USP. Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas.
E-mail: valeriacoimbra@hotmail.com

Viviane Ribeiro Pereira

Enfermeira. Mestre e doutoranda em Enfermagem pela UFPel. Professora do curso de Enfermagem no Centro Universitário da Serra Gaúcha.
E-mail: viviane.ribeiropereira@gmail.com

Viviane Xavier de Lima e Silva

Médica. Mestra em Saúde Coletiva pela UFPE e doutoranda em Bioética pela Universidade de Brasília.

E-mail: vivianexavier09@gmail.com

Weslane da Silva Santos

Terapeuta Ocupacional pela Universidade Federal do Espírito Santo.

E-mail: weslanesilvasantos@gmail.com

Yanisa Yusuf

Psicóloga Clínica e Mestre em Psicanálise: Clínica e Cultura - UFRGS. Consultora de Apoio Psicossocial. Moçambique.

E-mail: yanisa.yusuf@gmail.com

Este é um livro que reúne as mais diversas pesquisas e práticas em serviços de saúde mental tendo como norte a reabilitação psicossocial no Brasil, em Portugal, em Moçambique e em Cabo Verde.

Serviços comunitários de saúde mental precisam reinventar-se cotidianamente com práticas plurais que privilegiem as múltiplas possibilidades de (e nos) territórios existenciais das pessoas. É nesta perspectiva que esta obra pretende contribuir.

ISBN: 978-65-88622-06-3



9 786588 622063 >



EDITORA UFRB
Viva a leitura!