**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ADRIANA LEÃO

**O SERVIÇO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL:
DESVELANDO A ESSÊNCIA DO COTIDIANO
DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO**

**SÃO PAULO
2010**

ADRIANA LEÃO

**O SERVIÇO COMUNITÁRIO DE SAÚDE MENTAL:
DESVELANDO A ESSÊNCIA DO COTIDIANO
DAS AÇÕES NO TERRITÓRIO**

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de São
Paulo para a obtenção do título de
Doutor em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Linha de pesquisa:
**Políticas Públicas de Saúde e de
Recursos Humanos em
Enfermagem e em Saúde**

Orientadora:
Profª Drª Sônia Barros

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Leão, Adriana

O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território / Adriana Leão. – São Paulo, 2010.
301 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Barros

1. Saúde mental 2. Reforma dos serviços de saúde 3. Serviços comunitários de saúde mental 4. Mudança social 5. Saúde pública 6. Desinstitucionalização. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Adriana Leão

Título: O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território.

Tese apresentada à Escola de
Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título
de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____	Julgamento: _____
Instituição: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Julgamento: _____
Instituição: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Julgamento: _____
Instituição: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Julgamento: _____
Instituição: _____	Assinatura: _____

Prof. Dr. _____	Julgamento: _____
Instituição: _____	Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A todos aqueles que um dia acreditaram que essa luta vale a pena, e seguem buscando meios de transformação para tornarem concretas as práticas voltadas a um cuidado em saúde mental promotor de liberdade e de sentidos.

Especialmente:

*Gui, amor presente da Vida,
por ser quem és e pelo que
significa em minha vida.*

AGRADECIMENTOS

Especialmente à Sônia Barros, por acreditar e me conduzir com paciência e maestria pelos caminhos da pesquisa desde o início, no mestrado, quando o tema trazido para nossa primeira conversa ainda era um “mundo” e não caberia em um projeto. Obrigada por todas as oportunidades de aprendizado e por acolher e apostar em uma idéia que neste momento se transforma em tese.

Aos trabalhadores do CAPS, aos usuários e não usuários do serviço, pela disponibilidade e imprescindíveis contribuições, sem as quais seria inviável a concretização deste trabalho.

Às professoras Márcia Oliveira e Luciana Colvero, pelo apoio e carinho.

A todos os funcionários da EEUSP, especialmente à Silvana, à Dayse e ao Marcello, por todos os auxílios nesse processo.

À Ana Luisa Aranha e ao Silvio Yasui, pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação da Tese.

Às minhas colaboradoras como observadoras das sessões de grupo focal, Carla Linarelli e Rafaela Cheche, e especialmente à Ana Paula Malfitano, amiga de todas as horas.

À CAPES, pelo apoio financeiro que me permitiu a dedicação exclusiva, e também pela oportunidade de conhecer uma outra realidade por meio do Estágio de Doutorando no Exterior.

Ao Lucas, pelo modo competente com que me fez aprender a belíssima língua italiana. Grazie!

À Fernanda Nicácio e à Isabela Lussi, pelas valiosas indicações para me virar em Trieste.

Ao Prof. Dell’Acqua, ao Raffaele Dovennea e demais integrantes do DSM com os quais mantive contato nos meses do estágio “sandwich”.

A todos os operadores dos CSM, com os quais compartilhei inúmeras ações no território e importantes reflexões, em especial ao Evaristo Pasquale.

Às amigas e companheiras queridas do grupo de pesquisa: Irma, Norma, Mari, Marília, Paula e Paula, por todas as trocas de informações e de afetos.

Aos caros amigos triestinos Elisa e Luca, pelo acolhimento e cuidado, às brasileiras naquele momento em Trieste, Carol, Adriana e Ilen, e às argentinas, especialmente Leandra e Natalia.

Aos novos colegas e amigos construtores de uma promissora Terapia Ocupacional em terras capixabas, especialmente à Dani, companheira de novas empreitadas e experiências.

Aos alunos Crystian, Jennifer, Milena, Aline, Carolini e Letícia, pela recepção acolhedora e por tornarem tão prazeroso o compartilhamento desses conhecimentos.

Aos meus familiares: meus pais (in memoriam), pela oportunidade da vida, e ao Allan, meu irmão querido, pelo apoio e carinho.

Aos meus outros familiares, Mara, Tião, Débora, pela compreensão e afeto.

A todos os “velhos” amigos imensamente queridos que me acompanharam também nesse processo, em especial: Lú Tamborim, Lú Carvalho, Alê, Walker e Carla, por poder dividir tantas angústias e tantas alegrias.

E ao Gui, meu amor, por suportar as ausências necessárias, pelo companheirismo, incentivo e afeto que sustentam meu cotidiano.

“É no território, tal como ele atualmente é, que a cidadania se dá tal como ela é hoje, isto é, incompleta. Mudanças no uso do território se impõe, se queremos criar um novo tipo de cidadania, uma cidadania que se nos ofereça como respeito à cultura e como busca da liberdade”

Milton Santos

Leão A. O serviço comunitário de saúde mental: desvelando a essência do cotidiano das ações no território [tese]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

RESUMO

Os serviços substitutivos de assistência à saúde mental de base territorial e comunitária – Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) – delineiam novas práticas objetivando a inclusão social das pessoas com transtornos mentais, entre outros, por meio da construção de rede social. Para tanto, uma das proposições desses serviços é a intervenção no contexto dos usuários, buscando explorar os recursos existentes para a viabilização dos projetos de vida, os quais devem possibilitar transformações concretas no cotidiano. O objeto de estudo desta pesquisa são as intervenções no território como uma prática cotidiana do serviço e justifica-se pela necessidade do desenvolvimento de investigações que possam vir a colaborar na ruptura com procedimentos psiquiátricos tradicionais. O referencial teórico-metodológico é a teoria da vida cotidiana proposta por Agnes Heller e as categorias analíticas responsáveis por nortear este estudo são: Território e Reabilitação Psicossocial. Trata-se de um estudo de caso com a finalidade de identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários. Para tanto, elegemos como objetivos: compreender a representação que a equipe multiprofissional tem sobre “território” e “serviço de saúde mental de base territorial”; identificar as ações territoriais realizadas pelo serviço de saúde mental de base comunitária, bem como analisar os objetivos que as orientam; compreender, a partir da perspectiva de usuários e não usuários, se essas ações expressam potencialidades para transformações no cotidiano. O campo do estudo constituiu-se em um dos CAPS III da cidade de Campinas/SP e os colaboradores desta pesquisa foram os trabalhadores de saúde mental, os usuários e não usuários do serviço. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, sessões de grupo focal e observações. A análise dos dados foi realizada sob o enfoque da Análise do Discurso e como resultado houve o reconhecimento das seguintes categorias empíricas: Território, Processo de Trabalho e Cotidiano. Ainda que sejam destinados a isso e criados como serviços comunitários e territoriais, os CAPS não o são de imediato e é por isso que constatamos a existência de intervenções voltadas a um cuidado em liberdade, coexistindo com concepções que se pretende desconstruir. Ao serem explicitadas as contradições e os significados revelados nos discursos, tomando-os como veículo das ideologias presentes nos demais serviços, torna-se factível o esclarecimento de condutas atreladas ao modo asilar e, a partir disso, é possível trilhar caminhos singulares em cada território onde se encontram os serviços, para a produção de práticas no território que venham a superar lógicas impertinentes ao campo psicossocial.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Mudança social. Prática de Saúde Pública-Desinstitucionalização.

Leão A. Mental health community service: unveiling the essence of everyday actions in the territory [thesis]. São Paulo (SP), Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

SUMMARY

The substitutive services in mental health assistance of territorial and communitarian base - the Psychosocial Care Centers – (CAPS), delineate new practices which intend for the social inclusion of people with mental illnesses among others, by means of constructing a social network. One of the propositions of these services is the intervention in the users' context, attempting to explore the existent resources for the feasibility of life projects, which in turn should enable concrete transformations in everyday life. The object of study in this research are the interventions in the territory as a daily practice of the service, justified by the necessity of developing investigations which could come to collaborate in the rupture of traditional psychiatric procedures. The theoretical and methodological reference is the theory of everyday life proposed by Agnes Heller and the analytical categories responsible for directing this study are: Territory and Psychosocial Rehabilitation. The study case aims to identify and discuss the possibilities of territorial practices producing changes in the users' everyday life. For this we selected the following objectives: to comprehend the representation that the multi professional team has over "territory" and "mental health service of territorial base"; to identify territorial actions carried out by the mental health service of communitarian base as well as analyse the objectives which guide them; to understand, from the users' and nonusers' perspective, if these actions express potentialities for transformations in everyday life. The study took place in one of the CAPS III of the city of Campinas/SP, and the collaborators of this research were the mental health professionals and the users and nonusers of the service. The data was collected by means of semi structured interviews, focal group sessions and observations. The analysis of the data was undertaken under the scope of Speech Analysis and as a result there was recognition of the following empirical categories: Territory, Work Process and Everyday Life. Although they are meant for this and created as communitarian and territorial services, the CAPS aren't this way immediately and it is because if this, that we verify the existence of interventions directed towards care in liberty, coexisting with conceptions which are intended to be deconstructed. As contradictions are expressed and their meanings revealed in the speeches, grasping them as a vehicle of the present ideologies in other services, makes it possible to clarify conducts linked to the shelter mode; and from this, it is possible to trail singular paths in each territory where these services are found, for the production of practices in the territory which can overcome impertinent argumentations to the psychosocial field.

KEY WORDS: Mental health. Health Services Reform. Communitarian Services in Mental Health. Social change. Practice in Public Health – Deinstitutionalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 AS TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: ASPECTOS GERAIS	14
1.2 TERRITÓRIO E COTIDIANO: CONTEXTO PARA AS PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL	29
1.2.1 Atuação no território: a problematização do estudo	38
1.2.2 Delimitação do estudo	46
2 OBJETIVOS	49
3 METODOLOGIA	50
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: A TEORIA DO COTIDIANO	51
3.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: TERRITÓRIO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL	55
3.3 CAMPO DE ESTUDO	58
3.3.1 A Rede de Atenção em Saúde Mental de Campinas	59
3.4 COLABORADORES DO ESTUDO E CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO	61
3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	62
3.6 COLETA DE DADOS	63
3.7 ESTÁGIO DE DOUTORANDO NO EXTERIOR	71
3.8 ANÁLISE DOS DADOS: A ANÁLISE DO DISCURSO	72
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	76
4.1 CRÔNICAS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL	76
4.2 TERRITÓRIO	85
4.2.1 Concepções de território	85
4.2.2 O CAPS no território	90
4.2.3 O papel e a organização do serviço territorial	100
4.3 PROCESSO DE TRABALHO	147
4.3.1 Finalidade	149
4.3.2 Objeto de trabalho	155
4.3.3 Instrumentos	158
4.4 COTIDIANO	216
4.4.1 Processo saúde-doença mental	217
4.4.2 Os moradores do território e o CAPS	227
4.4.3 O fazer dos usuários	239
4.4.4 As relações sociais	243

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	255
REFERÊNCIAS	265
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	289
APÊNDICE 2 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: ARTICULADOR DE SAÚDE MENTAL DO MUNICÍPIO.....	291
APÊNDICE 3 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: COORDENADOR DO CAPS	292
APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: USUÁRIOS DO CAPS.....	293
APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA: NÃO USUÁRIOS DO CAPS	294
APÊNDICE 6 – ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO SIMPLES	295
APÊNDICE 7 – ROTEIRO DAS SESSÕES DE GRUPO FOCAL.....	296
ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA EEUSP	297
ANEXO 2 – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL.....	298
ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	299
ANEXO 4 – CONCLUSÃO DO PROGRAMA DE DOUTORADO NO PAÍS COM ESTÁGIO NO EXTERIOR (PDEE).....	300
ANEXO 5 – ATIVIDADE DO GRUPO FOCAL	301

APRESENTAÇÃO

“É preciso explicar porque o mundo de hoje, que é horrível, é apenas um momento do longo desenvolvimento histórico, e que a esperança sempre foi uma das forças dominantes das revoluções e das insurreições e eu ainda sinto a esperança como minha concepção de futuro” (Sartre, 1963, Prefácio de “Os condenados da Terra”).

O interesse pelo campo da saúde mental, especificamente em relação a produção de um cuidado que favoreça o desenvolvimento de potencialidades, as possibilidades de convivência, o aumento da autonomia e da independência das pessoas acometidas por transtornos mentais, e por outro lado, a inquietude diante das limitações para tal percurso, sempre esteve presente em minha formação e atuação enquanto Terapeuta Ocupacional.

A experiência de atuação em um hospital psiquiátrico durante quase dois anos, ao defrontar barreiras importantes, tais como o empobrecimento da rede social e as recorrentes internações, suscitaram diversos questionamentos em torno do alcance das intervenções junto aos usuários, dentro ou fora de uma macro instituição psiquiátrica.

Na busca por respostas para algumas das dúvidas e insatisfações vivenciadas, ingressei no curso de mestrado que resultou na dissertação intitulada: *As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental*. Neste estudo foi possível verificar diversos aspectos descortinando-se entre os resultados, a pouca atuação dos serviços substitutivos no território, no contexto de vida das pessoas, o que se constitui como um fator limitante para a produção de processos de inclusão social e expressa numa contradição visto que os serviços de saúde mental como os CAPS tem esta finalidade.

As reflexões em torno destas questões me motivaram a continuar pelo caminho da pesquisa, com interesse pelo conhecimento que transforma e principalmente, com o desejo de aprofundar as necessárias discussões sobre intervenções que modifiquem concretamente a situação de exclusão, estigmatização e ausência de sentidos no cotidiano, que podem vivenciar as

peessoas com transtornos mentais severos e persistentes em decorrência dos processos sociais historicamente construídos.

Caminhar nessa direção, ou seja, buscar restituir e construir novas possibilidades de relações sociais entre a sociedade e o indivíduo em sua alteridade, exige a compreensão da problemática de um ponto de vista crítico, considerando o contexto político, econômico, social e cultural, regido pela lógica do mercado capitalista.

Tendo em vista que o modo de produção condiciona as relações sociais, a inclusão social das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes coloca-se no horizonte das transformações sociais que se processam no cotidiano, pois é o lugar privilegiado das pequenas revoluções, e também no território das pessoas enquanto um espaço de produção das singularidades.

A proposição de ações no território se dá numa lógica de enfrentamento ao que hegemonicamente está estabelecido, – a centralização das intervenções clínicas baseadas na compreensão do transtorno mental somente enquanto produção biológica hereditária, e a marca de uma sociedade que exclui, para se manter coesa, todos aqueles que não se encontram num mesmo ritmo de produtividade.

Neste contexto, configurou-se o presente estudo que busca nas práticas territoriais por parte dos serviços substitutivos algum movimento de produção de mudanças na vida das pessoas com transtornos mentais. Assim, pressupomos que, ainda que sejam incipientes por parte dos serviços, as ações no território, apresentam importantes contribuições para a possível construção de processos de inclusão social e para a ressignificação do cotidiano dos usuários.

Baseado no retrato de um momento da realidade que sabemos ser dinâmica, mutável, contraditória, e, sobretudo, com a expectativa de que as desejadas mudanças no âmbito do cuidado em saúde mental continuem seguindo seu curso, é que produzimos este trabalho.

*“Um sonho que se sonha só, é só um sonho que se sonha só,
mas sonho que se sonha junto é realidade”*

Raul Seixas

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 AS TRANSFORMAÇÕES NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL: ASPECTOS GERAIS

O modo de tratamento destinado às pessoas com a experiência de algum tipo de transtorno mental passou por modificações conforme a época e os acontecimentos sócio-históricos que determinaram a visão sobre a loucura e as formas de lidar com o indivíduo nessa condição¹.

Especificamente nos dois últimos séculos, a história do cuidado em saúde mental pode ser dividida em três períodos históricos nos países economicamente mais desenvolvidos: de 1880 a 1950, o período de nascimento do asilo; aproximadamente de 1950 a 1980, o declínio do asilo e, por fim, a partir de 1980, o estabelecimento de um cuidado baseado na comunidade. As transformações no cuidado à saúde mental não seguiram um curso linear, foram marcadas por oscilações que variaram conforme países e regiões (Thornicroft, Tansella, 2010).

Philippe Pinel², na França, foi o responsável por inaugurar a primeira reforma de assistência nos asilos da época, organizando o local como uma instituição médica e não mais uma instituição pública filantrópica e social, destinada a recolher todas as pessoas que ameaçavam a ordem social, mas sim constituindo um espaço específico para o tratamento da loucura, compreendida como um problema de ordem moral e denominada por ele de “alienismo”. A “tecnologia pineliana” ou “síntese alienista” baseou-se em três aspectos: a constituição da nosografia sobre as doenças mentais, a organização do espaço asilar e a imposição de uma relação terapêutica em

¹Para aprofundamento acerca do tema da loucura e do nascimento da psiquiatria, consultar as obras de Michael Foucault: *História da loucura na idade clássica*. 3º ed. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1993. *O nascimento da clínica*. 2º ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1980. *Microfísica do poder*. 7º ed. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1988 e de Robert Castel em *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. 2º ed. Rio de Janeiro: Graal; 1991.

² Médico, protagonista da concepção alienista, assumiu a direção do Hospital de Bicêtre em 1793. Ver em Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. 3º ed. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1993.

que a figura do médico era a de autoridade – esta forma de tratamento foi denominada de Tratamento Moral (Castel, 1978).

O Tratamento Moral era a forma de intervenção que consistia em princípios e medidas impostas ao alienado com o objetivo de reeducar a mente, reprimir delírios e ilusões e trazer consciência para o indivíduo. A ocupação ou o “trabalho terapêutico” consistia na principal estratégia do Tratamento Moral e passou a ser a forma de tratamento eficaz dentro dos asilos, pois o trabalho, que assumia uma expressão importante para a sociedade devido à transição do modo de produção – anunciavam-se os primeiros passos do capitalismo – apresentava propriedades terapêuticas e socializantes, por meio das quais era possível a reeducação das mentes e das paixões descontroladas, além do estabelecimento da ordem na instituição, de acordo com os alienistas.

No século XIX, em 1838, houve a aprovação pelo Parlamento Francês da primeira lei europeia sobre os alienados, o que, conseqüentemente, reforçou os aspectos de periculosidade e de ordem pública ainda presentes na psiquiatria (Barros, Egry, 2001). A partir disso, vários hospitais foram criados nos mais diferentes países utilizando princípios e estratégias adotados por Pinel (Amarante, 2007).

Em 1898, Esquirol, sucessor das ideias de Pinel, aprofundou as descrições clínicas sobre o alienismo proposto por Pinel em sua nosografia e definiu a doença mental. A concepção de doença mental foi firmada em decorrência da medicina geral, que começou a impor um novo modelo de cientificidade e passou a ser sinônimo de distúrbios orgânicos, provindos de disfunções de estruturas orgânicas ou lesões anatômicas ou funcionais do cérebro, as quais refletiam no comportamento em forma de sintomas (Barros, Egry, 2001).

Desde o nascimento da psiquiatria, com a obra de Pinel, a partir do século XIX, o fenômeno da loucura tornou-se doença e, assim, os doentes mentais passaram a ter o status de enfermos do ponto de vista médico-biológico. Desse modo, a intervenção que caracterizou a prática médica psiquiátrica baseava-se na medicalização e terapeutização por meio da sonoterapia, insulino-terapia, eletroconvulsoterapia, lobotomia e,

posteriormente, a partir de 1952, a utilização dos psicofármacos (Amarante, 1995; Barros, Egry, 2001).

No início do século XX também teve influência direta sobre a prática psiquiátrica e psicológica, a formulação e o desenvolvimento da teoria psicanalítica e da psicologia analítica, causando rupturas importantes no confronto com o modelo psiquiátrico porque postulou um novo paradigma na compreensão do aparelho psíquico, sobretudo na dinâmica do inconsciente (Vasconcelos, 2008a).

Posteriormente à Segunda Guerra Mundial, as instituições psiquiátricas, comparadas em muitos países a campos de concentração, foram alvos de críticas mais efetivas, sendo questionadas a baixa eficiência terapêutica, a violência e a exclusão social que proporcionavam aos doentes mentais. Assim sendo, surgiram movimentos que colocaram o saber psiquiátrico em xeque.

Nesse momento de redefinição do papel do Estado, crescimento econômico, reconstrução social e desenvolvimento dos movimentos civis, houve o asseguramento de direitos até então não reconhecidos. Para as instituições psiquiátricas, foram propostas reformulações para o atendimento prestado, pois se chegou à conclusão de que o hospital psiquiátrico tinha que ser transformado ou abolido (Desviat, 1999).

Assim, o final dos anos 1950 pode ser caracterizado como um período de declínio do asilo e início de um movimento de críticas às instituições sociais de forma geral, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, o que resultou em mudanças sociológicas, farmacológicas, administrativas e legais na área da saúde mental (Thornicroft, Tansella, 2010).

Os principais movimentos de transformação da assistência psiquiátrica foram: a Psicoterapia Institucional e a Política de Setor na França; a Comunidade Terapêutica e a Psiquiatria do Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha; a Psicoterapia Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos da América³.

³ O detalhamento desses movimentos internacionais de reforma psiquiátrica pode ser obtido na consulta às obras dos autores: Manuel Desviat (A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999) e Paulo Amarante (Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007).

Dentre os processos de reforma psiquiátrica realizados, a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, iniciada na década de 1960 por Franco Basaglia (1924-1980), foi uma das principais transformações de modelo de atenção em saúde mental e ficou conhecida internacionalmente por abolir a internação em hospital psiquiátrico, propor a desinstitucionalização do aparato manicomial e questionar o mandato social de exclusão afirmado pela psiquiatria (Amarante, 1995; Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

As demais experiências de reforma psiquiátrica que vinham ocorrendo na Europa e Estados Unidos, propunham uma discussão voltada para as possibilidades de mudança na assistência. Assim, apesar de importantes, porque proporcionaram outro modo de lidar com pessoas com transtornos mentais – as quais passaram a ser sujeitos com potencialidades de participação em seu próprio tratamento – as reformulações no tratamento psiquiátrico tinham como proposta em sua essência, transformar a instituição psiquiátrica em instituição de cura, restrita ao espaço hospitalar, o qual afastava as pessoas de seus territórios, de suas famílias. Mesmo as propostas Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária, que tinham como proposta a criação os centros de saúde mental comunitários para o acompanhamento das pessoas após a alta hospitalar, ainda mantinham o hospital psiquiátrico como referência principal para as situações de crise (Lancetti, Amarante, 2006).

Diferentemente, a desinstitucionalização italiana configurou-se como um processo social complexo, caracterizado como concreto e cotidiano, pois iniciou-se no interior da instituição, com os sujeitos sociais envolvidos, os técnicos e as pessoas internadas no hospital psiquiátrico da cidade de Trieste, tecendo críticas ao paradigma racionalista problema-solução aplicado em psiquiatria e ao papel de exclusão social dos hospitais psiquiátricos (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

Na cidade de Trieste, em substituição ao manicômio, foram implantados os Centros de Saúde Mental (CSM), serviços de base territorial e comunitária, com funcionamento vinte e quatro horas. Além da efetivação dos serviços, garantindo novas práticas no campo da saúde mental, também houve a mudança na legislação, sendo sancionada, em 1978, a Lei 180,

conhecida como a Lei da Reforma Italiana, ou Lei Basaglia, que aboliu a internação em hospital psiquiátrico no país.

Dessa forma, o território passou a ser:

A estrada, as casas, as cidades e os países são o 'território', aquele território completo de serviços úteis para dar assistência à saúde pública que seja digna deste nome, que respeita o doente enquanto pessoa, como indivíduo, como cidadão, aquele território onde se movem as pessoas, a família, e onde novas interações, novas relações e provavelmente novas crises explodirão, novas dificuldades legais, civis, familiares se apresentarão. Os limites da doença mental mudam com a lei chamada Basaglia do nome do homem, do médico, que com o espírito do verdadeiro revolucionário se jogou com a alma e o coração contra os muros manicomiais (De Vita, Martini, 2008, p. 41).

Assim, enquanto na Itália a aprovação da Lei 180 tornava ilegais as admissões nos hospitais psiquiátricos, outros países da Europa Ocidental continuavam a utilizar o hospital psiquiátrico como último recurso. De qualquer forma, em todo o continente europeu, mas não somente, aproximadamente a partir de 1980, ocorreram mudanças similares rumo ao processo de desinstitucionalização, o que pode ser definido como a diminuição dos ambientes institucionais tradicionais e o simultâneo desenvolvimento de um cuidado baseado na comunidade. Esse cuidado significa o oferecimento de uma atenção efetiva em saúde mental para uma determinada população, em conformidade com o seu sofrimento ou risco, em conjunto com outras instituições locais (Thornicroft, Tansella, 2010).

Diversamente, enquanto os países se moviam na direção de propostas de desospitalização e de cuidado comunitário, o Brasil da década de 1960 aumentava consideravelmente o número de leitos psiquiátricos em macro-instituições hospitalocêntricas estatais ou federais em todas as grandes capitais do país (Lancetti, Amarante, 2006).

Assim, a partir de 1964, a psiquiatria brasileira adquiriu o status de prática assistencial de massa devido à ampliação da cobertura aos trabalhadores e seus dependentes por meio da assistência fornecida pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social) e pela ideologia privatista. Como resultado, na década de 1970 o país

chegou ao número de noventa mil internações em instituições psiquiátricas com leitos contratados pelo INAMPS (Resende, 1987).

No Brasil e nos países latino-americanos de forma geral, a dependência econômico-estrutural, assim como o ciclo de ditaduras militares, atrasaram a expansão de políticas sociais universais, como a do modelo keynesiano, que foi desenvolvido nos países centrais a partir, sobretudo, da Segunda Guerra Mundial. A origem do termo “keynesiano” deriva dos ideais do economista britânico John Maynard Keynes que, na década de 1930, postulava o papel intervencionista do Estado na política econômica. Nas políticas do tipo keynesianas, o Estado, a fim de manter o crescimento econômico, a demanda de trabalho e o controle do desemprego, sem alterar a estrutura do poder econômico e social, incorpora reivindicações de trabalhadores, assegurando programas sociais estatais em áreas como saúde, educação e habitação (Vasconcelos, 2008a).

Em 1970, quando ocorria o fim do ciclo de crescimento keynesiano, e em 1980, quando ascensão de políticas neoliberais estava ocorrendo no panorama internacional, em nosso país, as lutas por políticas sociais com inspiração keynesiana tornou-se possível a partir da luta contra a ditadura militar (Vasconcelos, 2008a).

Nesse contexto de lutas, no campo da saúde iniciou-se um movimento pela transformação das condições de saúde da população, o movimento da Reforma Sanitária.

A partir de meados dos anos 1970, diversos atores sociais, como intelectuais, profissionais e trabalhadores da área da saúde, estudantes universitários, militantes partidários, entre outros segmentos da sociedade civil e de movimentos populares, representados pelas instituições: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), movimentos de saúde ligados às Comunidades Eclesiais de Base (CEBs) e setores dos movimentos estudantis e de médicos residentes reivindicavam uma reforma ampla na assistência à saúde, ao passo que refutavam a prioridade das ações curativas implantadas na época do regime militar (Yasuí, 2006). Esse foi o início do Movimento Sanitário que almejava outra visão de saúde, além da

melhoria nas condições de trabalho e salário, e lutava pelo reconhecimento da saúde como um direito de todas as pessoas (Doimo, Rodrigues, 2003).

As concepções de saúde presentes nas propostas da Reforma Sanitária foram baseadas praticamente em dois referenciais principais: a *determinação social das doenças* e o *processo de trabalho em saúde*. Assim, o fenômeno de saúde e doença da coletividade não poderia ser compreendido somente pelas dimensões biológica e ecológica, o que permitiu ampliar a visão acerca das análises e das intervenções sobre a realidade e, além disso, foi reconhecida a determinação social e histórica do fenômeno (Paim, 2007).

A Reforma Sanitária pode ser compreendida como um processo político, que implica em produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico e pode ser caracterizada por uma militância cotidiana, de ocupação de espaços institucionais e articulação com outros setores da sociedade (Yasui, 2006).

Como resultado do processo da Reforma Sanitária, houve a proposição de um novo sistema público de saúde orientado por três grandes referenciais: o conceito amplo de saúde; a saúde como um direito de cidadania e dever do Estado; e a instituição de um sistema único de saúde com os princípios fundamentais de organização, integralidade, universalidade, descentralização e participação da comunidade (Brasil, 2006).

Desse modo, a partir da Constituição Brasileira de 1988, houve a redefinição do papel do Estado na saúde e, com a criação do SUS, regulamentada por meio das Leis 8080/90 e 8142/92, foram estabelecidos novos ordenamentos dos serviços e das ações, tornando-se a saúde um direito de todos e dever constitucional do Estado.

Os princípios que regem o SUS, do ponto de vista doutrinário, englobam a universalidade, a equidade e a integralidade; e do ponto de vista organizacional, a descentralização, o controle social, a regionalização, a hierarquização e a complementação do setor privado.

Desde sua constituição jurídica, o SUS vem sofrendo reformas incrementais leves, acordadas pelas três esferas de governo (Ministério da

Saúde; Conselho Nacional de Secretários da Saúde – CONASS; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS), com o objetivo de continuidade no processo de operacionalização e consolidação do direito à saúde. Assim, os instrumentos dessas reformas são representados pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) - 01/1991, 01/1992, 01/1993, 01/1996; pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) – 01/2001 e pelo Pacto pela Saúde, em 2006 (Brasil, 2006; Lima et al., 2009).

A Reforma Psiquiátrica⁴ é um processo iniciado entre os anos 1978 e 1980, que nasceu do mesmo campo de lutas que a Reforma Sanitária, tendo o momento político em comum: a redemocratização do país. Também é um processo político de transformação social criado a partir da mobilização dos trabalhadores das instituições psiquiátricas organizados conjuntamente com outros atores sociais (universitários, familiares, jornalistas, intelectuais, artistas), representados pelas instituições: Núcleos Estaduais de Saúde Mental, do CEBES; Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos; Movimento de Renovação Médica (REME); Rede de Alternativas à Psiquiatria. É, principalmente, com o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que iniciam-se as primeiras propostas de reformulação da assistência psiquiátrica e em 1979 é realizado o I Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental (Amarante, 1995).

Na história da psiquiatria brasileira, houve, em algum momento, uma importante influência de dois dos movimentos de reformas psiquiátricas internacionais: o da Psiquiatria Preventiva e Comunitária, que tinha como objeto a saúde mental e como proposta a intervenção na comunidade, e o das Comunidades Terapêuticas, que pretendia a construção de um modelo

⁴ Para aprofundamento acerca do percurso histórico do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, consultar: Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. In: Amarante PDC, organizador. Loucos pela vida – Trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995. p. 91-131; Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006; Reforma Psiquiátrica no Brasil: periodização histórica e principais desafios na conjuntura atual. In: Vasconcelos EM, organizador. Abordagens Psicossociais volume II. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p.27-55.

com base discursiva e organizacional, norteado pela psicanálise (Borges, 2007).

No entanto, o MTSM foi influenciado diretamente pelo movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. Em 1978, no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, importantes autores de movimentos críticos estiveram presentes, dentre os quais: Robert Castel, Erving Goffman, Felix Guatarri e Franco Basaglia. A presença de Basaglia, incitando a pensar de modo inovador a instituição psiquiátrica e o convite para inventar novas formas de relacionar-se com as pessoas acometidas por um transtorno mental, abriu um campo de reflexões totalmente novo (Nícácio, Amarante, Barros, 2000). Desse modo, foi colocado em discussão o mandato de exclusão social pelas instituições manicomiais e firmou-se como bandeira a luta pelos direitos de cidadania.

Como desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde e por reivindicação do MTSM, ocorreu, em 1987, no Rio de Janeiro, a I Conferência Nacional de Saúde Mental, que tinha por princípio a necessidade de superação do modelo assistencial centrado na internação hospitalar, centrado no modelo médico-hospitalar, com as características de ineficiência, onerosidade e violência dos direitos humanos fundamentais (Brasil, 2002).

No mesmo ano, 1987, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, momento em que foi instituído o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” (Yasui, 2006).

Acrescenta-se ao movimento brasileiro de luta antimanicomial uma importante contribuição para as discussões de propostas para a Reforma Psiquiátrica Brasileira: a Declaração de Caracas, um documento considerado marco dos processos de reformas de atenção à saúde mental nas Américas. Tal Declaração é fruto da Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde, realizada na cidade de Caracas, em 1990, com o patrocínio da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). O documento colocou como dois pontos principais para a

reestruturação da assistência psiquiátrica: a promoção de cuidados na comunidade, com a garantia da dignidade pessoal, dos direitos humanos e civis, centrado nas redes sociais; e a revisão crítica do papel ineficiente e ineficaz do hospital psiquiátrico (Brasil, 2004a; Barros, Egy, 2001).

A II Conferência Nacional de Saúde Mental ocorreu em 1992, em Brasília, com a participação de usuários, trabalhadores, prestadores de serviços, gestores e movimentos sociais, o que representou um amplo processo de participação e de debates em torno de três temas principais: rede de atenção em saúde mental, transformação e cumprimento de leis e direito à atenção e à cidadania (Brasil, 1994). Assim, essa Conferência aprofundou as críticas ao modelo psiquiátrico hegemônico e formalizou o desenho de um novo modelo de atenção, pautado pela relação com as pessoas portadoras de transtornos mentais a partir de seus direitos de cidadania (Brasil, 2002).

Com base nos relatórios das primeiras conferências nacionais de saúde mental e da Declaração de Caracas, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM-MS) propôs um documento com direcionamentos e ações estratégicas, baseado em dois eixos principais (a saber: a substituição progressiva da assistência centrada no hospital psiquiátrico por uma rede de atenção à saúde mental integrada e descentralizada e a revisão dos aspectos jurídico-legais, com vistas à garantia dos direitos civis e de cidadania dos usuários do SUS), na perspectiva de aprofundar o processo da Reforma Psiquiátrica, no contexto da Reforma Sanitária Brasileira (Barros, Egy, 2001).

Assim sendo, o processo da Reforma Psiquiátrica politizou as questões da saúde mental, “produziu reflexões críticas que provocaram uma ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais” (Yasui, 2006, p. 24).

A proposição e a concretização de novas práticas de atenção à saúde mental no contexto da saúde pública tiveram início na década de 1990, principalmente com a gestão de governos municipais de diversas cidades brasileiras comprometidos com a implantação do SUS e identificados com as propostas do Movimento da Luta Antimanicomial. Foram implementados

serviços inovadores, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Convivência e Cooperativas, equipes de saúde mental na Unidade Básica de Saúde, cooperativas sociais, oficinas terapêuticas, moradias assistidas.

No Estado de São Paulo, ganharam destaque as cidades de São Paulo, Santos e Campinas, locais em que a proposição de novos serviços, baseados no cuidado comunitário, influenciou o resto do país na organização da atenção em saúde mental. As cidades de Santos e Campinas serão posteriormente tratadas por relacionarem-se mais diretamente ao tema deste estudo: as ações de saúde mental no território.

Na cidade de São Paulo, no âmbito do Governo Estadual, inicialmente no intuito de ampliar a concepção de Hospital Dia, foi implantado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial do Brasil: o CAPS Professor Luis da Rocha Cerqueira (Barros, Egry, 2001). O projeto, formulado por um pequeno grupo de profissionais, tinha como proposta oferecer uma assistência em regime aberto para usuários com graves comprometimentos psíquicos que não encontravam tratamento intensivo e satisfatório na rede e, nas situações de crise, a solução resumia-se na internação em hospital psiquiátrico (Melman, 1992).

Esse serviço, inaugurado em 1987, foi ampliando suas propostas e funções para além do atendimento de demandas graves e passou a formar pessoal para a rede de atendimento, constituindo-se como lugar de ensino para as práticas de reabilitação psicossocial. O processo de tornar-se um local de reabilitação se deu na prática do serviço e foram sendo construídas a consolidação e a articulação de procedimentos que tinham a intenção de desmontar um saber hegemônico da psiquiatria, que produzia resultados insatisfatórios no tratamento a longo prazo das pessoas com graves comprometimentos psíquicos (Goldberg, 2001).

O primeiro CAPS de São Paulo, bem como os NAPS de Santos, mostraram-se inovadores no contexto da assistência psiquiátrica brasileira e posteriormente foram regulamentados pelas Portarias nº 189/1991 e 224/1992, tornando-se, assim, parte da política do SUS e sendo implantados em todo o cenário nacional.

O processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser compreendido em três grandes fases: primeira grande fase (1978-1992) – marcada pela mobilização social e crítica do sistema hospitalocêntrico asilar, pelas primeiras experiências de humanização e pelo controle da hospitalização e da rede ambulatorial em saúde mental; segunda grande fase (1992-2001) – em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, a consolidação do MLA e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; terceira grande fase (2001-atual) – marcada pela aprovação da Lei 10216 (2001), consolidação da hegemonia reformista e expansão da rede de atenção psicossocial, e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes, o abuso de drogas (Vasconcelos, 2008b; 2010).

O terceiro grande período tem como marco importante no processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira a realização, em dezembro de 2001, da III Conferência Nacional de Saúde Mental, na cidade de Brasília. A III CNSM tinha como título “Cuidar sim, Excluir não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social” e seus principais pontos de discussão foram: financiamento, recursos humanos, controle social e acessibilidade, direitos e cidadania. Nesse momento, buscou-se a elaboração de propostas e estratégias para a efetivação e a consolidação do desejado modelo de atenção substitutivo ao asilar (Brasil, 2002).

Diferentemente da anterior, que teve como avanço o encaminhamento de propostas mais delineadas para a construção de um modelo de atenção, a III CNSM foi expressiva no sentido de ampliar frentes de atuação e propor ações de interlocução com outros atores institucionais (legislativo, Universidades, Organizações Não Governamentais, Conselhos, etc). Além disso, apontou como caminho indispensável, para garantir a cidadania, a integração com outras políticas sociais, como educação, habitação, lazer, cultura, entre outras (Borges, 2007).

Dentre os programas, ações e serviços direcionados para as transformações efetivas da atenção à saúde mental e consolidação de um cuidado baseado na comunidade, destacamos os CAPS como serviços

territoriais de base comunitária, pois se constituem como a principal estratégia da Política de Saúde Mental para substituir a assistência historicamente centralizada nos hospitais psiquiátricos.

A Portaria 336/GM de 2002 estabeleceu modalidades de serviço CAPS que diferem quanto ao porte e à complexidade, conforme a abrangência populacional e conforme a especificidade da população a ser atendida: CAPS I, II e III, para os casos de transtornos mentais severos e persistentes em adultos, respectivamente para cidades com abrangência populacional entre 20 e 70 mil habitantes; entre 70 e 200 mil; e a partir de 200 mil habitantes; além dos CAPS i para o atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais e os CAPS ad, atendimento a usuários com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas, os quais podem ser CAPS i ou ad, I, II ou III. O CAPS I apresenta período de funcionamento das 8h às 18h, em dois turnos durante os cinco dias da semana; o CAPS II, além desse horário, pode funcionar com mais um turno até as 21h e o CAPS III destaca-se dos demais por possuir leitos 24 horas, pretendendo, assim, ser um dispositivo substitutivo às internações hospitalocêntricas, atendendo as crises psíquicas graves. Os CAPS estão capacitados para atender os usuários nas formas intensiva, semi-intensiva e não-intensiva (Brasil, 2004a).

A Política Nacional de Saúde Mental apresenta como objetivo reverter gradativamente o modelo de atenção em saúde mental, objetivando a reabilitação psicossocial e a inclusão social das pessoas que vivem a experiência do transtorno mental (Brasil, 2004a).

Para enfrentar esse enorme desafio, além dos CAPS, é preconizada a conformação de uma rede de atenção à saúde mental composta por diversos componentes e programas específicos.

Além disso, um marco importantíssimo na história da assistência psiquiátrica brasileira é a modificação na legislação, com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, que dispõe sobre o redirecionamento do modelo de atenção em saúde mental e garante o direito das pessoas acometidas pelos transtornos mentais (Brasil, 2004b).

Dos noventa mil leitos psiquiátricos existentes no início da década de 1990 nas grandes instituições hospitalares, chegamos ao número de aproximadamente trinta e cinco mil, em duzentos e oito hospitais psiquiátricos⁵. Assim, houve uma inversão da pirâmide de financiamento: mais de sessenta por cento dos recursos dos SUS são destinados às ações extra-hospitalares (Dimenstein, Liberato, 2009).

A partir de 2002, como um dos objetivos das ações e normatizações do Ministério da Saúde, houve a expansão, consolidação e qualificação da rede de atenção psicossocial, representada pelo aumento do número de CAPS. Em 2002, eram 424 unidades; em 2006, o número era de 1011; em 2008, passou a 1326 (Brasil, 2007; 2009), totalizando, em abril de 2010, pouco mais de 1500 CAPS em todo o território nacional⁶, o que contribui sem dúvidas, para a mudança no cenário da assistência em saúde mental.

As transformações na assistência à saúde mental proporcionadas pelo processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, com a criação dos dispositivos acima mencionados e a concretização de experiências exitosas em várias regiões do país, são verdadeiros avanços para a concretização de uma outra forma de cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Por outro lado, as modificações na atenção à saúde mental não ocorrem sem o enfrentamento de inúmeros problemas, como o próprio desafio da desinstitucionalização de usuários em situação de longa permanência institucional. Estima-se que sessenta por cento dos leitos psiquiátricos hospitalares sejam ocupados por uma clientela que depende dessas instituições para viver e, por isso, a desinstitucionalização demanda o forte trabalho de agenciamento no território, o qual abrange diversos tipos de ações, como acompanhamento aos familiares. Tal ausência requer a construção de redes alternativas de cuidados, suporte comunitário e também a aquisição de direitos sociais; estes configuram os principais enfrentamentos para a garantia da sobrevivência das pessoas fora das instituições psiquiátricas (Leal, Delgado, 2007).

⁵ Informação disponível no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/leitos_psiquiatricos_por_uf.pdf

⁶ Dado retirado do site:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caps_dados_atualizados5abril.pdf [acesso maio/2010]

A cobertura assistencial, apesar da expansão dos serviços territoriais e comunitários, ainda é baixa em muitos estados brasileiros, com acesso insuficiente ou deficiente (Brasil, 2010).

Além disso, fazem-se presentes também nesse contexto os embates entre, de um lado, o Movimento da Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica, em defesa do modelo de atenção que vem sendo consolidado pela Política Nacional de Saúde Mental, e de outro, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e os Conselhos Regionais de Medicina (CRM), os quais fazem severas críticas ao modelo. A ABP, em defesa do aprimoramento científico das denominadas patologias mentais, juntamente com a indústria farmacêutica pela manutenção da ideologia do recurso medicamentoso como a única forma de tratamento, configuram um cenário conflitante que tensiona o campo da saúde mental brasileira (Luchmann, Rodrigues, 2007; Ramming, 2009).

Para além desses desafios específicos ao campo da saúde mental, outros desafios igualmente produzem dificuldades, não somente para o processo da Reforma Psiquiátrica, mas também para o avanço do SUS, da assistência social e das demais Políticas Sociais. Trata-se de dimensões extremamente amplas, de traços estruturais do próprio sistema capitalista, que apresentam como resultados o desemprego em massa, a precarização dos vínculos de trabalho nos setores público e privado, a miséria, a violência e o abuso de drogas, os quais apresentam fortes implicações no campo da saúde mental (Vasconcelos, 2010).

Tais dificuldades refletem-se na precariedade ou ausência de uma rede de suporte social, acarretando demandas para os serviços da ordem das instâncias públicas, responsáveis por habitação, emprego, ou seja, Políticas Sociais capazes de proporcionar alternativas melhores às pessoas em condições de vulnerabilidades sociais, do que o apoio encontrado na rede sanitária (Dimenstein, Liberato, 2009).

Nesse sentido, para o enfrentamento dos desafios decorrentes da conjuntura política e social, é que se propõe a imprescindível articulação intersetorial de políticas e programas, inserindo as lutas da saúde mental, no campo mais geral da conquista dos direitos sociais da cidadania, pois

A articulação intersetorial busca garantir uma maior efetividade das ações públicas, ao reconhecer a complexidade e multidimensionalidade dos problemas e dos caminhos para se atingir a integralidade do cuidado, articulando investimentos e ações interdisciplinares e multiprofissionais concretas de várias linhas de política social em um campo específico e vice-versa (Vasconcelos, 2010, p. 4).

Nesse sentido, foi proposta a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM Intersetorial) intitulada: “Saúde Mental, direito e compromisso de todos: consolidar, avançar e enfrentar desafios”. Foi realizada ao final de junho de 2010, na cidade de Brasília, contou com as parcerias⁷ da Secretaria Especial de Direitos Humanos, do Ministério da Justiça, do Ministério do Desenvolvimento Social, do Ministério da Cultura, do Ministério da Educação e do Ministério do Trabalho e apresentou os seguintes eixos temáticos: Saúde mental e políticas de Estado - pactuar caminhos intersetoriais (Eixo da Política e da Pactuação); Consolidar a rede de atenção psicossocial e fortalecer os movimentos sociais (Eixo do Cuidado); Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (Eixo da Intersetorialidade), (Brasil, 2010a).

1.2 TERRITÓRIO E COTIDIANO: CONTEXTO PARA AS PRÁTICAS DE INCLUSÃO SOCIAL

Em meio aos desafios e às conquistas alcançadas com o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, há ainda muito a ser feito. Para a contínua transformação da assistência à saúde mental, consideramos que o território é o aspecto a ser privilegiado nas ações produzidas pelos serviços comunitários de saúde mental com a finalidade de promover processos de inclusão social.

Nas obras do geógrafo Milton Santos, encontramos uma definição de território para além de uma delimitação geográfica, que nos fornece bases para discutir a importância do território como um caminho para contemplar

⁷ Informações adquiridas no site:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1663

as ações de reabilitação psicossocial, com a perspectiva de inclusão social das pessoas acometidas pelos transtornos mentais.

O território é uma realidade relacional, composta, por um lado, pelos objetos naturais, geográficos, e, por outro, pela sociedade em movimento. A dinamicidade corresponde às inter-relações estabelecidas entre os indivíduos, mediadas pelos aspectos cultural, social, legislativo, político, econômico e social, produzindo transformações, as quais ocorrem através do cenário natural e da história social inscrita e refletida nos modos de viver e no que é percebido e compreendido acerca do lugar (Santos, 2007; 2008).

No campo da saúde pública brasileira, anteriormente à implantação do SUS, a influência dessas concepções estava presente nas pesquisas realizadas por epidemiologistas que já trabalhavam com as ferramentas da Geografia a partir da década de 1970. Por exemplo, a contribuição dos conceitos de Santos para a Epidemiologia, como a concepção de espaço, proporcionou a superação da visão não-histórica do processo biológico e a compreensão da influência dos fatores sociais, políticos, econômicos e culturais na produção, ou reprodução de doenças endêmicas e epidêmicas (Faria, Bertolozzi, 2009).

Nos últimos quinze anos, desenvolveram-se duas correntes de pensamento em relação ao território e à sua apropriação pelo sistema de saúde, sendo uma que compreende o território como espaço físico, geopolítico, numa visão topográfica-burocrática, e a outra que o considera como um produto da dinâmica social, na qual estão tencionados os sujeitos sociais imersos na arena política (Gondim et al., 2008). Assim, interessa para o desenvolvimento de ações de saúde o conceito de território nesse segundo direcionamento, pois há a necessidade de compreender o fenômeno biológico como um processo social, espacial e temporalmente determinado (Faria, Bertolozzi, 2009).

Na reorientação do modelo de atenção da saúde pública, o conceito de território passou a ser bastante utilizado, sendo o termo estruturante da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que é uma das principais estratégias para consolidar a atenção à saúde básica no Brasil (André, 2009).

Especificamente na área de saúde mental, a dimensão política da Reforma Psiquiátrica foi um processo que se deu no território, por meio da atuação nas ruas dos movimentos sociais civis, como o MLA, organizado em Bauru, em 1987 (Yasui, 2006).

A partir do processo da Reforma Psiquiátrica, o território passou a figurar nas novas políticas públicas de saúde mental e contou com a influência da experiência italiana, pois “foi com o Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana que a noção que cerca a atuação em saúde mental no território ganha contornos mais politizados” (Nunes, Jucà, Valentim, 2007, p. 2380).

No campo da saúde mental, o significado inovador de território foi dado por Basaglia pela primeira vez em 1977, no III Encontro da Rede Internacional de Alternativa à Psiquiatria, realizado na cidade de Trieste. O conceito de “território” foi definido como espaço real de lutas e lugar de expressão total das contradições de classe, sobretudo as contradições do mundo da saúde que até então permanecia sob os códigos de funcionalidade da ideologia dominante (Amarante, 2005; Basaglia, 2005a).

A desinstitucionalização italiana inspirou em nosso contexto de forma mais direta e localizada a cidade de Santos-SP, onde foi adotada a política de saúde mental da cidade, com a criação dos NAPS, como um serviço substitutivo à instituição hospitalar e que tinha como eixo de suas ações o território, responsabilizando-se pelas demandas em saúde mental (Oliveira, 2004).

A implantação de uma nova política municipal santista de atenção em saúde mental se deu no período entre 1989 e 1996, após a interdição do único hospital psiquiátrico da cidade, a “Casa Anchieta”, cujas condições de atendimento eram precárias. Dessa forma, a população passou a contar com a assistência nos novos serviços, os cinco NAPS, a Unidade de Reabilitação Psicossocial, o Centro de Convivência Tam-Tam, Lar Abrigado, entre outros (Luzio, L’Abbate, 2006).

Naquele período, com a finalidade de resgatar as subjetividades, interferindo no “espaço social”, as ações realizadas buscavam romper com a separação entre o “dentro/fora” do hospital, por meio de iniciativas que

levassem a comunidade para dentro do hospital e vice-versa, permitindo uma nova conceituação acerca do tratamento psiquiátrico. A atuação junto à comunidade, dentre outras características no âmbito de um sistema, tais como a garantia do direito de asilo em momentos de crise, a disponibilidade do serviço para responder ao pedido de auxílio e o processo de valorização onde está em foco o aumento do poder de contratualidade do usuário, são indicações para a construção de um modelo de atenção em saúde mental que possa prescindir do hospital psiquiátrico (Kinoshita, 1996).

No entanto, após a mudança de gestão municipal, a partir de 1997, com a falta de investimentos para a área, ocorre a ruptura de um dos “principais eixos de ação da proposta antimanicomial: a construção de uma rede de sustentação para a pessoa portadora de sofrimento psíquico na comunidade”, havendo então uma mudança na lógica administrativa e a volta de um atendimento centrado no modelo médico ambulatorial, cuja atenção voltou-se para remissão das crises e dos sintomas (Koda, 2003, p. 77).

De qualquer forma, a experiência santista nos mostra as possibilidades de rompimento com a lógica manicomial que predomina na organização dos serviços substitutivos e nos processos de trabalho, ao desenvolverem ações que têm como meta o uso do território, tomando a rua como espaço terapêutico e articulando relações com os demais órgãos e serviços, como o Programa de Saúde da Família. Assim, a mudança de modelo de atenção em saúde mental é viável a partir do compromisso público dos gestores, do engajamento das equipes dos serviços e da organização dos usuários (Luzio, L’Abbate, 2006).

Outra experiência bastante significativa de Reforma Psiquiátrica que tomou o termo território como diretriz de suas práticas se refere ao município de Campinas, também no Estado de São Paulo.

Campinas é uma cidade pioneira em relação à constituição da Atenção Básica e da Reforma Psiquiátrica iniciadas na década de 1970, época em que foram criados os Centros de Saúde Comunitária, a partir do modelo da Atenção Básica. Em 2001, a rede de Atenção Básica começou a ser organizada na lógica do Programa de Saúde da Família (PSF), sendo

constituídos no contexto das Unidades Básicas em funcionamento e utilizando como referencial teórico o Apoio Paidéia, o qual tem como objetivo intervir no modelo assistencial modificando o atendimento nos níveis de atenção do sistema (Figueiredo, Santos, 2008).

Na gestão 2001-2004, com o intuito de solucionar os problemas apresentados no oferecimento da assistência, como a insuficiência do atendimento às demandas na rede básica, o Projeto de Saúde Paidéia “propôs conjugar os conceitos de saúde e cidadania e teve como eixo fundamental não o equipamento de saúde, mas a equipe local de referência às famílias adscritas em um determinado território” (Luzio, L’Abbate, 2006, p. 293).

A partir do Projeto Paidéia, a equipe de referência das famílias é o eixo fundamental e não mais o equipamento com área de cobertura. A equipe e o usuário passam a ser singulares e a atuação nesse sentido aumenta a “possibilidade de interação em um território cheio de relações e recursos a serem descobertos, vividos, potencializados e até transformados”. Em 2001, o Programa de Saúde Mental do município apresentou como meta ir “dos hospitais ao território”, “ir ao encontro das necessidades das pessoas que aí vivem” (Campinas, 2002, p. 6).

As equipes de saúde mental, existentes em grande número que compunham a rede de atenção básica, passaram a integrar o Apoio Matricial das áreas especializadas das equipes do PSF, sendo assim, mais uma vez, um município pioneiro na integração do eixo matricial de apoio às Equipes de Referência (Figueiredo, Santos, 2008).

Os profissionais responsáveis pela saúde mental das equipes de apoio matricial tinham que, entre outras finalidades, prestar assistência “na perspectiva de uma clínica ampliada, desenvolvida em todo território geográfico, histórico, biográfico e subjetivo” (Luzio, L’Abbate, 2006, p. 293-4).

As propostas de atenção na cidade de Campinas, a partir do Paidéia, bem como a experiência de Santos, apontam para concepções de território condizentes com aquela que a Política Nacional de Saúde Mental propôs para o norteamto das ações dos CAPS:

O território é constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (igreja, cultos, escola, trabalho, boteco, etc.). É essa noção de território que busca organizar uma rede de atenção às pessoas que sofrem com transtornos mentais e suas famílias, amigos e interessados (Brasil, 2004a, p. 11).

As ações de saúde mental no território podem ser definidas como a ação de utilizar, resgatar saberes e potencialidades dos recursos comunitários para construir coletivamente soluções e objetivos comuns, trocas entre as pessoas e o cuidado em saúde mental. Nesse sentido, os CAPS, mediante a construção de uma rede por meio de intervenções no território de vida, apresentam como possibilidade o delineamento de novas práticas que buscam contemplar os cuidados necessários e a reabilitação psicossocial, com a finalidade de inclusão social das pessoas acometidas pelos transtornos mentais (Brasil, 2004a).

De acordo com as propostas da Reabilitação Psicossocial, sob a ótica de Saraceno (1999), a única reabilitação possível ocorre a partir da construção dos direitos substanciais de cidadania, que envolve os aspectos afetivos, relacional, material, habitacional e produtivo.

O exercício desses direitos tem estreita relação com o fato de estar incluído socialmente, visto que “a inclusão exige muito mais do que assistência, sobretudo, inserção laboral e supremacia da cidadania” (Demo, 2002, p. 7).

Por sua vez, a exclusão social deve ser compreendida como um processo que é representado pela não participação do mercado de trabalho e também pela fragilidade ou rompimento dos vínculos sociais e familiares de um indivíduo, situação em que se encontra “fora dos circuitos vivos das trocas sociais” (Castel, 1997, p. 20). São definidas nesse processo três zonas diferentes que compõem o espaço social, sendo a exclusão social propriamente dita a ruptura de vínculo com o social: zona de integração – o indivíduo dispõe de garantias de um trabalho permanente e que tem presente suportes relacionais sólidos; zona de vulnerabilidade – significa a associação entre a precariedade do trabalho associada à fragilidade dos

laços sociais; e zona de desfiliação – estão conjugadas a ausência de trabalho e o isolamento social do indivíduo (Castel, 1989).

Devemos considerar ainda que a inclusão social deve ser compreendida não como a “aprendizagem por parte dos pobres das regras dos ricos, mas sim como a mudança das regras do jogo. Não queremos cidades sem os diferentes, mas sim os diferentes nas cidades” (Saraceno, 1998, p. 10).

Nesse sentido, a cidadania concreta não pode prescindir da questão territorial, pois o cidadão é um indivíduo num lugar e o seu valor depende do lugar em que está. Sendo assim, a igualdade para todos os cidadãos demanda acessibilidade semelhante aos bens e serviços, como a cultura, a educação, a saúde, a moradia, o transporte, o lazer, enfim todos os elementos imprescindíveis para um mínimo de dignidade para viver, os quais devem ser oferecidos no nível estritamente local (Santos, 2007).

Dessa forma, a promoção de autonomia e inclusão social demanda a produção de projetos no território que viabilizem os “processos de singularização e de validação da dimensão interativa entre pessoas e contextos”. Para isso, é necessária a desconstrução das soluções institucionais criadas para lidar com a complexidade dos problemas das pessoas em suas diferentes formas de estar no mundo (Oliver, Nicácio, 1999, p. 61).

Reiteramos então que propiciar condições para a emancipação das pessoas com as suas singularidades, por meio do acesso aos direitos de cidadania, o qual produz a inclusão social, significa reabilitar. No trabalho reabilitativo, a ênfase recai sobre as práticas da vida cotidiana (Rotelli, 1993).

Na perspectiva filosófica e sociológica da vida cotidiana fundamentada na perspectiva da dialética marxista o cotidiano representa um conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares. Toda sociedade e todo homem têm vida cotidiana, independentemente da sua ocupação na divisão social do trabalho. Portanto, a vida cotidiana é a vida do indivíduo, que já nasce inserido em uma cotidianidade e adquire, com o seu amadurecimento, todas as habilidades

imprescindíveis para essa vivência junto à sociedade, ou seja, deve-se ter um mínimo de capacidades práticas para poder sobreviver (Heller, 1991).

Atividades como a organização do trabalho, da vida privada, o lazer e o descanso, as relações sociais sistematizadas, o intercâmbio e a purificação são partes orgânicas da vida cotidiana (Heller, 2004). O trabalho especificamente é o elemento dominante da vida cotidiana, pois em torno dele estão organizadas as demais atividades na vida (Heller, 1991).

Ainda, quanto mais dinâmica é uma sociedade, quanto mais casual é a relação do homem particular com o ambiente em que se encontra ao nascer, sobretudo no modo de produção capitalista, tanto mais o homem tem que colocar continuamente suas capacidades à prova (Heller, 1991).

As pessoas com transtornos mentais que em alguma medida apresentam dificuldades na condução de seu cotidiano necessitam do resgate ou do desenvolvimento de suas habilidades, além de recursos para viverem a cotidianidade em seu contexto, com o aumento dos níveis de qualidade de vida, de autonomia e de independência.

Território é “o nome da nova fronteira da loucura, da nova assistência pública, da psiquiatria e da psicologia, território, comunidade, ali onde a vida se consoma, se consuma a intervenção, a terapia, o apoio e o suporte” (De Vita, Martini, 2008, p.42). Desse modo, é preciso investir na construção de articulações sociais capazes de sustentar este indivíduo, com suas demandas específicas, no lugar onde vive. Para isso, é preciso integrar ao território o conceito de rede pois, ainda que diferentes, são noções que compõem dimensões política, afetiva e social. As redes são as linhas que completam o território e assim devem ser pensadas: como fluxos que se articulam e desarticulam entre as instituições, o que resulta na possibilidade de movimento (Leal, Delgado, 2007).

A construção efetiva de uma rede social está atrelada a diversos aspectos, desde a intervenção junto aos familiares, tendo em vista que a primeira rede social disponível é o núcleo familiar, e no adoecimento mental as dificuldades de interação entre os familiares são bastante significativas; bem como as relações intersetoriais estabelecidas entre o serviço de saúde mental e órgãos e instituições das mais diversas áreas.

Para Pitta (2001) que prefere a palavra teia ao se referir à rede:

As teias são frágeis ou grandiosas conforme os atributos e possibilidades de sua aranha mãe. Mas cumprem todas a mesma função de articular esforços, viabilizando presas e alimentos para perpetuar a vida. Resistem a tempestades e vendavais, e, embora vazadas mantêm a função articuladora de conexões para uma competente aliança de pontos que asseguram suas funções. Teia, no seu segundo sentido de juntar fios dispersos e articulá-los, como num tear, para lhes dar sentido, transformando-os em vestimentas, agasalhos protetores para enfrentar intempéries e resguardar intimidades, deixando mais fortes e protegidos os seus usuários, é também uma bela metáfora para visualizar um modelo de atenção substitutivo (Pitta, 2001, p. 24/25).

Dessa forma, a rede social, definida por Sluzki (1997) apud Melman (2006, p. 86) como o conjunto de todas as relações sociais consideradas importantes e que corresponde a um nicho interpessoal, em que o indivíduo de forma particular expressa a sua singularidade, é campo para a intervenção por parte dos serviços de saúde mental.

Para que se possam operar as transformações no cotidiano, faz-se necessária a “tomada de responsabilidade pelo território”, ou seja, a realização de ações voltadas para a atenção psicossocial, como um dos compromissos assumidos pelo serviço de saúde mental comunitário, de base territorial (Silva, 2005). Essa noção tem origem na experiência de desinstitucionalização italiana e é uma interpretação do termo italiano “presa in carico”, que significa tornar-se responsável pelas questões de saúde mental da população em um determinado território, por meio do papel ativo na promoção e no cuidado global de uma pessoa, com a recusa das diversas modalidades de abandono da demanda (Nicácio, 2003).

Desse modo, o serviço deve utilizar o território como espaço para produção de subjetividades aprisionadas, para a criação e afirmação de singularidades autônomas, o que significa encontrar e ativar os recursos existentes nos locais. Nessa ótica, “organizar um serviço substitutivo que opere segundo a lógica do território é olhar e ouvir a vida que pulsa neste lugar” (Yasui, 2006, p. 119).

Para isso, a equipe do serviço de referência tem o encargo de conhecer os recursos disponíveis no território de cada usuário, buscando explorar os aspectos econômicos, geográficos, culturais, entre outros, com o

objetivo de intermediar as trocas sociais por meio de projetos que modifiquem as condições concretas do cotidiano, produzindo sentidos e significados (Kinoshita, 1996; 2001).

De uma forma ilustrativa, podemos caracterizar as ações ou intervenções realizadas pelos serviços no território, conforme proposto por Dell'Acqua e Mezzina (1990), como “andar com” e “andar a favor” do usuário.

O serviço mobilizado a “andar a favor” do usuário não se restringe ao sentido espacial, mas contempla a aproximação das necessidades concretas à flexibilidade de “respostas terapêuticas adequadas às situações singulares e aos problemas específicos”, significa acompanhar o sujeito na cena social a partir da tomada de responsabilidade do serviço pelo território.

“Andar com” significa estabelecer relações com o real vivenciado pelo indivíduo, o que remete à realização de operações no cotidiano, como o acompanhamento às compras, a retirada de documentos, a organização doméstica, a visita ao médico, verificar as possibilidades de trabalho, enfim colocar o usuário na cena social. São ações que denominamos territoriais, pois devem ocorrer fora do espaço do serviço, em um processo de ativação de relações com o ambiente externo (Dell'Acqua, Mezzina, 1990, p. 2).

Nessa perspectiva, as ações territoriais de um serviço comunitário são inúmeras e muito particulares a cada situação, a cada história de vida, a cada contexto social e, assim, consideramos que as demandas delineiam as práticas que devem ser realizadas, as quais são pautadas pela compreensão de rede e de território.

1.2.1 Atuação no território: a problematização do estudo

Paradigma, de acordo com Kuhn (1962,1970) apud Barros (2004, p. 30), significa um conjunto de ideias, valores, conceitos, modelos, regras e critérios utilizados para a avaliação de teorias e formulações de problemas. Vivenciamos no campo da saúde mental a coexistência de dois paradigmas:

o psiquiátrico hospitalocêntrico (tradicional, asilar ou manicomial) e o psicossocial (da saúde mental), os quais são refletidos na prática dos serviços.

O paradigma psiquiátrico, alvo de críticas a partir dos movimentos pela reforma psiquiátrica, tem como campo de atuação o espaço delimitado pelo próprio serviço, seu objeto de trabalho é a doença e faz uso de métodos e técnicas baseados nos aspectos médico e biológico. O paradigma psicossocial faz oposição ao paradigma psiquiátrico ainda hegemônico, privilegia o indivíduo em suas condições sociais, utiliza formas de intervenção pautadas pelas necessidades do usuário e tem como objetivo a inclusão social.

No momento de transição paradigmática que vem se dando no campo da saúde mental, entre o paradigma dominante e o paradigma emergente, há um consenso sobre a “importância do papel dos trabalhadores na produção e reprodução de novas práticas, novas estratégias de ação e novos discursos para lidar com a loucura” (Barros, 2004, p. 31).

Nesse sentido, consideramos que o trabalho no território é um pressuposto para a consolidação da mudança de paradigma na atenção à saúde mental, visto que desloca as intervenções do espaço institucional para o cuidado do indivíduo na comunidade (Guljor, 2003) e, consequentemente, este fato dimensiona a construção de novas relações sociais entre todos os atores envolvidos, produzindo modificações nos contextos onde se faz presente ainda uma cultura de exclusão.

Para haver uma reformulação das práticas tradicionais, com o intuito de que de fato sejam transformadas as instituições sociais de forma geral, a mudança deve ocorrer na “relação entre cidadão e sociedade, na qual se insere a relação entre saúde e doença” (Basaglia, 2005, p. 231).

Assim, é importante também compreender que as condições de limitação, bloqueio ou negação da produção de sentidos, vivenciadas pelas pessoas, não são frutos da enfermidade mental, mas sim da ausência de respostas adequadas ao sofrimento psíquico enfrentado (Saraceno, 1998). Nesse sentido, deve-se reconhecer que o homem e suas necessidades são

a finalidade de toda intervenção e, para isto, a tomada de consciência política na ação técnica torna-se essencial (Basaglia, 2005).

De acordo com a teoria do Materialismo Histórico e Dialético, as transformações sociais ocorrem em um contexto histórico, pois a história constitui-se em “uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto” (Minayo, 1998, p. 68). As mudanças desejadas no âmbito das relações estabelecidas em torno da problemática do sofrimento mental estão ancoradas em uma totalidade que contempla os fenômenos sociais e econômicos e envolvem o aspecto cultural, pois,

A cultura enquanto produtora de categorias de pensar, sentir, agir e expressar de determinado grupo, classe ou segmento, articula concessões, os conflitos, a subordinação e as resistências e lhes oferece sentido. Ela é um espaço de expressão da subjetividade, mas é um lugar objetivo com a espessura do cotidiano por onde passam e ganham cor os processos políticos e econômicos, os sistemas simbólicos e o imaginário social (Minayo, 1998, p. 85).

As intervenções a partir do serviço de saúde mental ao tomar “a cidade como espaço de prática – que pode se desdobrar em ação terapêutica mais estruturada e/ou não”, traz ganhos não apenas para os usuários dos serviços, mas para todos os envolvidos naquele contexto (Dalmolin, 2006, p. 201). Podemos apontar como um desses ganhos as possíveis transformações nas representações sociais acerca do transtorno mental. Para tanto, faz-se necessário o investimento em ações que promovam o rompimento de preconceitos e estigmas.

O preconceito é um tipo particular de juízo provisório e é produto da vida e do pensamento cotidianos. Os sistemas de preconceitos sociais são provocados pelas integrações sociais em que vivem os homens, sobretudo pelas classes sociais. Assim, os preconceitos são obra da própria integração social e têm como função consolidar e manter estável e coesa uma dada integração. Ou seja, os grupos que se sentem ameaçados em sua coesão produzem os preconceitos sociais, satisfazendo as “demandas” do particular-individual, emprestando-lhes conteúdos (Heller, 2004).

O preconceito a que estão submetidas as pessoas com transtornos mentais dificulta ainda mais o seu processo de inclusão social.

Compreendendo a territorialidade como uma espécie de âncora, ou ponto de referência cultural, onde é possível a vivência com os outros, em um determinado período de tempo (Vieira Filho, Nóbrega, 2004, p. 375), consideramos que as mudanças tendem a ocorrer por meio da construção cotidiana de novas relações sociais nesse espaço, as quais contemplem o aprendizado da convivência com a diferença e, por isso, possivelmente contribuam para a diminuição dos preconceitos.

Por esse motivo é que ressaltamos a importância das intervenções nos contextos sociais como uma das possibilidades para transformar a concepção de loucura no imaginário das pessoas, 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, 2003).

Nesse desafio, a mudança de tipo de serviço oferecido não garante a transformação da prática realizada, pois os CAPS, em todas as suas modalidades, “por serem inovações e tecnologias complexas”, “apresentam como desafio central, além de sua expansão, o asseguramento da qualidade do atendimento com a característica de serviços abertos e territoriais” (Brasil, 2007, p. 17).

Realizar as ações seguindo a perspectiva do território demanda, para além das diretrizes políticas, novas mentalidades e investimento político-econômico, o que não representa uma tarefa simples. Trata-se de uma complexidade que abrange e requer transformações nos âmbitos social, cultural, político e econômico.

Os desafios decorrentes do processo de transformação proposto pela Reforma Psiquiátrica são apresentados, sobretudo, aos trabalhadores, os quais, no seu cotidiano institucional, têm a tarefa de expandir e consolidar as mudanças que concretizem uma rede de cuidados que tenha como base a compreensão de território e os princípios de integralidade e participação popular (Yasui, Costa-Rosa, 2008).

Por isso é que surgem as dificuldades na efetivação das ações no território por parte dos CAPS, em conformidade com as proposições e diretrizes políticas, pois a “saúde mental operada no território é uma práxis

complexa, em oposição à simplificação que faz funcionar um manicômio”. A complexidade das ações está inscrita na combinação dos diversos componentes da subjetividade, como universos culturais locais das religiões, por exemplo. Além disso, o trabalho territorial implica na formação e capacitação continuada dos trabalhadores, no estabelecimento de relações intersetoriais e na articulação dos CAPS com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (Lancetti, 2006, p. 52).

Assim, além da formação de uma rede social de suporte, os CAPS como organizador da rede de atenção à saúde mental devem estabelecer um trabalho de parceria fundamental com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além disso, o CAPS e a ESF apresentam em comum o fato de serem responsáveis pelas demandas de saúde de um determinado território e, nesse sentido, o trabalho conjunto de trabalhadores dos CAPS e das equipes da ESF é de fundamental importância, tanto para a detecção precoce de transtornos mentais, como para a elaboração de projetos conjuntos que tenham como característica a promoção da saúde mental.

Pesquisas realizadas na área de saúde mental em que a temática insere os CAPS como campo de estudo apontam para a precariedade das ações territoriais e, conseqüentemente, para a necessidade da aproximação do serviço à comunidade.

Pesquisa acerca das representações sociais dos profissionais sobre as práticas de inclusão social (Leão, 2006) constatou a predominância de ações intra-institucionais, muitas vezes centradas em intervenções ambulatoriais, o que se constitui como um problema, tendo em vista a proposta desses serviços de intervirem no território, o que torna importante a saída e abertura da instituição ao encontro da comunidade.

Estudo realizado sobre o cotidiano de usuários egressos de internações psiquiátricas, afirma que, mesmo vivendo na comunidade, a pessoa com transtorno mental permanece excluída por estar inserida muitas vezes em uma “rede social frouxa” no que diz respeito às relações familiares e sociais. Dessa forma,

Quando o paciente não está internado, muitas vezes, ele continua a ser excluído. Se a ideologia manicomial está instaurada na sociedade, ela ultrapassa os muros do manicômio, e passa a ser concretizada nas relações do paciente mesmo quando ele está fora da internação, na comunidade (Salles, 2005, p. 212).

A utilização dos recursos da comunidade e a realização de práticas que envolvam o ambiente interno do serviço em articulação com o contexto em que está inserido devem ser mobilizadas no sentido de construir um cotidiano em que o usuário possa estar incluído (Salles, 2005).

A discussão em torno da construção de uma rede ampliada que avance as paredes do serviço é sempre conflituosa. Mesmo a concepção de atenção psicossocial estando presente nos discursos dos profissionais e havendo um consenso em relação aos objetivos do CAPS, contraditoriamente a articulação com o território não ocorre. Isso, bem como a efetiva substituição do modelo hospitalocêntrico, são os aspectos de maior fragilidade do serviço substitutivo (Bichaff, 2006).

Diversos são os fatores que limitam a realização das intervenções territoriais, dentre eles, a insuficiência de recursos humanos e materiais e a dificuldade de compreensão dos projetos institucionais dos CAPS. Bichaff (2006) também considera em sua análise que as dificuldades giram não apenas em torno das carências estruturais dos serviços, mas também do desconhecimento por parte dos trabalhadores das inúmeras possibilidades de ações que poderiam ser realizadas no território.

A pesquisa de avaliação quanti e qualitativa dos CAPS da região Sul do país, o projeto CAPS Sul, entre outros resultados, indica, pela voz de usuários e familiares e reiterada pelos profissionais, a necessidade da realização de práticas externas ao serviço, as quais promovam parcerias com a comunidade, a favor da diminuição de preconceitos, e aquelas relacionadas ao processo de inclusão social, como as atividades para geração de renda (Kantorski et al., 2009).

Um aspecto interessante apontado em uma pesquisa avaliativa da estrutura dos CAPS refere-se à constatação de que ações externas, como aquelas desenvolvidas junto aos familiares, bem como reuniões de matriciamento e participação em fóruns de saúde mental, não foram

consideradas, pelos colaboradores da pesquisa, como atividades pertencentes ao quadro dos CAPS pesquisados no município de São Paulo. Isso reflete uma preocupação dos serviços com as intervenções internas em detrimento daquelas realizadas no território (Nascimento, Galvanesi, 2009).

A centralização das atividades no interior dos CAPS assemelha-se às ações individuais ou mesmo grupais de caráter ambulatorial oferecidas nas instituições psiquiátricas. Numa abordagem quantitativa, avaliativa das atividades desenvolvidas em instituições psiquiátricas e em CAPS do município de Fortaleza, constatou-se que as ações individuais nos hospitais psiquiátricos são de 89,95%, enquanto nos CAPS essas mesmas ações correspondem a 81,49%, confirmando a ideia de que as práticas avaliadas nos CAPS não se articulam com o seu território de abrangência (Quinderé et al., 2010).

Apontamos ainda a pesquisa que, mesmo não tendo como proposta uma avaliação dos CAPS, corrobora os estudos citados acima, na medida em que objetivou caracterizar as novas práticas realizadas pelos CAPS no que diz respeito à sua capacidade de articulação com o território como indicativo de possibilidades para transformações no campo sociocultural. Os autores indicaram que as discussões sobre as ações no território são poucas no cotidiano do serviço e as práticas e as relações estão centralizadas intra-institucionalmente, o que resulta na produção de ações, sobretudo medicamentosas e psicoterapêuticas (Quintas, Amarante, 2008).

Diante do exposto, observamos que a ausência ou pouca formação de redes sociais e a dificuldade do estabelecimento de um trabalho intersetorial constituem um dos problemas importantes para esses serviços. Dessa forma, as ações no território são insuficientes no cotidiano das instituições, as quais foram concebidas como serviços comunitários e territoriais, o que nos aponta uma contradição.

O caminho para a construção de ações promotoras de inclusão está dado pelas políticas públicas, porém o problema se dá justamente pela dificuldade de atravessamento das diretrizes nos âmbitos técnico-assistencial e sociocultural. A transformação do imaginário social em relação à loucura é o que se espera como resultado das práticas sociais partindo do

campo sociocultural, bem como das ações nas demais dimensões da Reforma Psiquiátrica⁸, a teórico-conceitual e a jurídico-política, as quais são voltadas para a construção da solidariedade e a inclusão social dos indivíduos (Amarante, 1999).

As dificuldades para que as diretrizes sejam homogêneas em todas as dimensões devem-se a aspectos macro-estruturais, como as questões políticas e de investimento na área da saúde ou ainda pelo ritmo do processo de mudança da cultura manicomial. Isso pode ser observado na reprodução de práticas baseadas em compreensões arraigadas ao modelo biologicista nos serviços que pretendem ser substitutivos às estruturas hospitalocêntricas, como os CAPS, centralizando as ações em seu interior.

Assim, a convivência dos paradigmas psiquiátrico e psicossocial está refletida nas práticas cotidianas do modelo de atenção à saúde mental.

O modelo de atenção psiquiátrico é a nossa herança do modo asilar, é o velho. O modelo de atenção psicossocial é o novo, que deve ser aos poucos concretizado, não apenas com a mudança de lugar de tratamento, mas com a efetivação de novas práticas nos serviços substitutivos que se orientam pelos preceitos da Reabilitação Psicossocial.

Nesse sentido, não existe um lugar onde tudo seja novo ou velho, cada situação é uma combinação de elementos com idades diferentes. A ação dos fatores de organização existentes nesse lugar, como a política, a economia, o social, o cultural, é que irá determinar a aceitação ou a rejeição do novo. Também depende da estrutura hegemônica da sociedade a aceitação ou a rejeição do novo, o qual pode causar rupturas que retiram a hegemonia das mãos de quem a detém. O novo e o velho são pares dialéticos que se chocam, criando uma nova realidade (Santos, 2008).

Essa realidade é aquela que observamos e com a qual iniciamos a problematização deste estudo: práticas nos serviços substitutivos que não condizem com seus objetivos no que diz respeito à tomada de

⁸ A discussão dos eixos da Reforma Psiquiátrica consta nas obras do autor: Manicômio e loucura no final do século e do milênio, In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999 e A (clínica) e a reforma psiquiátrica, In: Amarante P organizador. Archivos de Saúde Mental. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2003.

responsabilidade pelo território, à intervenção no contexto de vida das pessoas e que, assim, muitas vezes reproduz a lógica asilar, pois, entre outros aspectos, tem como foco do trabalho as intervenções medicamentosas e psicoterapêuticas.

O novo modelo de atenção à saúde mental é marcado por uma clara tensão no que se refere aos aspectos técnico-clínico e político-social. Por um lado, o trabalho clínico institucional privilegia a singularidade do sujeito, e do outro, o trabalho centrado no território assinala as questões concretas da vida cotidiana e da inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Como consequência, os serviços de saúde mental reproduzem tais conflitos (Bichaff, 2006).

A implantação de novos serviços e novas práticas na atenção à saúde voltada para as pessoas com a experiência do transtorno mental grave exige não somente diretriz política, mas, sobretudo, novas mentalidades e investimento político-econômico para a consolidação da mudança de modelo de atenção por meio das ações cotidianas, visto que o cotidiano é o lugar privilegiado onde a sociedade adquire existência concreta e ocorrem as transformações sociais, por meio da ação transformadora consciente, a práxis (Patto, 1993).

1.2.2 Delimitação do estudo

Os estudos sobre ações no território realizadas pelo serviço de saúde mental, em conformidade com a lógica a que se aspira, dada pelas diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e que vão ao encontro de um paradigma psicossocial, podem nos indicar qual a potencialidade dos CAPS para que se operem transformações no cotidiano, refletindo nas relações sociais daqueles que sofrem de um transtorno mental.

A expansão em número dos serviços CAPS, ainda que extremamente importante, por si só, não traduz mudança do modelo de atenção. Nesse sentido, avaliamos que o desenvolvimento de investigações, a partir do olhar

para experiências positivas no campo da saúde mental, pode vir a colaborar na ruptura de procedimentos psiquiátricos tradicionais, os quais tendem a se reproduzir nos novos serviços, ainda que tenham como proposta serem substitutivos ao modelo asilar.

Dessa maneira, considerando a revisão de literatura, algumas questões se fazem pertinentes: qual a compreensão dos profissionais de saúde mental sobre “território” e “serviço territorial de saúde mental”? Quais são as ações que a equipe de trabalhadores dos CAPS desenvolve no território e quais são as suas finalidades? Qual o impacto das ações do serviço no território, na vida de usuários do serviço e de sua rede social (não usuários)?

Para que se possa analisar e afirmar a importância das práticas territoriais como um dos mecanismos que impele a transformação da ideologia manicomial em nossa sociedade, precisamos conhecer o cotidiano do serviço de atenção psicossocial no que se refere a essas ações. Compreender, a partir dessas intervenções, se é possível avaliar indícios de modificação importante no cotidiano dos usuários do serviço de saúde mental, pois é no território que se desenvolve e enriquece o cotidiano, que as pessoas colocam-se inteiras, vivem suas experiências, desenvolvem suas capacidades intelectuais, afetivas, criadoras, expressam suas ideias e sentimentos por meio do seu fazer e se relacionar diário (Heller, 2004).

Na perspectiva do objeto deste estudo, as intervenções no território como uma prática cotidiana do serviço de saúde mental de base comunitária, entendemos que, por ser uma diretriz recente da Política de Saúde Mental, poucos estudos foram realizados para identificar e avaliar esta prática. Assim, ainda que literatura aponte ações no território muitas vezes escassas, contradizendo a proposta dos serviços territoriais, acreditamos que, em tese, os resultados das intervenções cotidianas no território indicam transformações nas relações sociais, resultando no estabelecimento de novas possibilidades de convivência com a alteridade.

Desse modo, nos espaços de vida dos usuários, o território, onde se produz e amplia a rede relacional, fazem-se presentes potencialidades para transformações e a construção de outra realidade, por meio da qual são

identificadas “possibilidades concretas de aquisição de novos conhecimentos, novas linguagens, de convivência e emancipação sociocultural e de criação de projetos de vida” (Castro, Lima, Brunello, 2001, p. 46).

Nessa perspectiva, a finalidade da pesquisa é identificar e discutir as possibilidades das práticas territoriais na produção de mudanças no cotidiano dos usuários, com o intuito de contribuir, por meio da indicação das características de um serviço territorial na divulgação dos resultados do estudo, com três dimensões importantes para o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira: as políticas públicas de saúde mental; o cotidiano dos CAPS, para fomentar as reflexões e discussões entre os trabalhadores de saúde mental; o ambiente acadêmico, para uma formação crítica, condizente ao paradigma psicossocial.

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Os objetivos estabelecidos para esta pesquisa são:

1. Compreender qual é a representação que a equipe multiprofissional tem sobre “território” e “serviço de saúde mental de base territorial”.
2. Identificar as ações territoriais realizadas pelo serviço de saúde mental de base comunitária, bem como analisar os objetivos que as orientam.
3. Compreender, a partir da perspectiva de usuários e não usuários, se essas ações expressam potencialidades para transformações no cotidiano.

METODOLOGIA

3 METODOLOGIA

A pesquisa qualitativa teve suas origens na Antropologia, posteriormente foram os sociólogos que desenvolveram estudos sobre a vida em comunidade e, mais tarde, os educadores. Inicialmente, no campo da Antropologia, a pesquisa qualitativa apresentava-se sob o viés do Funcionalismo e do Estrutural-funcionalismo, os quais baseavam-se no Positivismo. A natureza fenomenológica das pesquisas como uma forte reação à visão positivista no campo das Ciências Sociais esteve fortemente presente na década de 1970. Porém, tais pesquisas, com enfoque na consciência individual e a compreensão da realidade social como uma construção humana, mostravam-se conservadoras, pois não buscavam as explicações para os fenômenos em sua natureza histórica e também não apresentavam críticas. Já o enfoque histórico-estrutural que emprega o método dialético propicia a revelação das causas e consequências dos problemas, as contradições, as relações, suas qualidades e dimensões quantitativas, se for o caso (Triviños, 1987).

Ainda, a importância da pesquisa qualitativa está no fato de que, ao buscar a compreensão dos fenômenos, não considera as pessoas como individualidades que existem no vazio, mas explora o mundo das pessoas na globalidade de seus contextos de vida (Gil, Licht, Santos, 2006). A metodologia qualitativa é indicada aos estudos no campo da Saúde que buscam uma compreensão da realidade social em que estão inseridos os indivíduos, uma vez que tal realidade influencia diretamente sobre o seu processo saúde doença.

Assim, sendo o mundo permeado por significados e símbolos e a intersubjetividade um ponto de partida para captar reflexivamente os significados sociais, 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, 1998).

Consideramos que a abordagem qualitativa é a mais adequada para a compreensão do objeto desta pesquisa, o qual está intrinsecamente

relacionado aos aspectos estruturais e históricos da realidade social em que se configura o cuidado das pessoas com transtornos mentais.

Delineamos a presente pesquisa como um estudo de caso. Nessa modalidade de pesquisa, o caso em particular é estudado de forma ampla e aprofundado, sendo considerado representativo de um conjunto de outros casos, possibilitando a compreensão da generalidade ou ainda estabelecendo bases para investigações futuras, de forma sistemática e precisa (Gil, 2008).

As práticas realizadas nos serviços de atenção psicossocial apresentam, entre outras metas, a inclusão social, que compreendemos como um processo, o qual depende de necessárias transformações nas relações sociais que ocorrem no contexto do território de vida dos usuários e se expressam em seu cotidiano.

Dessa forma, sendo o foco desta pesquisa as intervenções no território enquanto uma prática cotidiana do serviço de saúde mental de base comunitária, com a finalidade de compreendermos as potencialidades dessas práticas para o desencadeamento de mudanças no cotidiano dos usuários dos serviços, baseamos o estudo no referencial teórico do Cotidiano, de Agnes Heller.

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO: A TEORIA DO COTIDIANO

O cotidiano apresenta como significado no senso comum aquilo que é comum a todos os dias, o que acontece diariamente, o dia-a-dia, o que nos remete à rotina. O cotidiano compreendido por um prisma teórico apresenta como objetivo descobrir o incomum no repetido e os autores Lefebvre, Marcuse, Kosik, Luckács e Heller desenvolveram suas teorias com base no Materialismo Histórico (Guimarães, 2002).

Colaboradora e discípula de Georg Lukács, filósofo marxista húngaro, Heller, também filósofa húngara, construiu sua obra que integra um “marxismo de oposição”, por meio da revisão de alguns pressupostos de

tradição marxista e dedicou-se a construir uma teoria com alternativas filosóficas e sociológicas para as questões que não foram colocadas por Marx, como a subjetividade. Assim, uma de suas principais contribuições ao marxismo contemporâneo é a colocação do indivíduo no centro das reflexões, o indivíduo da vida cotidiana, com suas necessidades e atividades em busca da sobrevivência (Patto, 1993).

A vida social é composta por duas esferas, a *vida cotidiana* e a *vida não-cotidiana*. Na vida cotidiana, estão presentes as objetivações genéricas *em si*, como a linguagem, os objetos, os usos e costumes. A vida cotidiana volta-se para a reprodução da existência do indivíduo e, para isso, estruturam-se formas de pensamentos, sentimentos e ações. É um espaço de satisfação das necessidades essenciais e as motivações são de caráter particular. Ciência, filosofia, arte, moral e política compõem as esferas não cotidianas e são objetivações genéricas *para si*, cujas atividades estão voltadas para a reprodução da sociedade, trazem as marcas da contradição e as motivações genéricas aludem à universalidade do gênero humano (Heller, 1991; 2004).

A vida cotidiana é definida como “o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social” (Heller, 1991, p. 19).

O homem é ao mesmo tempo ser particular e ser genérico. O sujeito da vida cotidiana é então o homem particular, porém o homem humano-genérico é, ao mesmo tempo, particular-individual. A vida cotidiana é “a vida de todo homem” e esta se apresenta heterogênea, em seu conteúdo e significação, e, ao mesmo tempo, hierárquica, pois, estando no centro do acontecer histórico, depende das diferentes estruturas econômicas e sociais. A estrutura da vida cotidiana apresenta características necessárias do pensamento, do sentimento e da ação, sem as quais não seria possível a sobrevivência, por isso é composta pelos seguintes conceitos: espontaneidade; probabilidade; economicismo; imediatismo; confiança; ultrageneralização (Heller, 2004).

A *espontaneidade* é a tendência de toda e qualquer forma de atividade da vida cotidiana, visto que, se toda e qualquer atividade

demandasse uma reflexão, seria inviável a produção e a reprodução da vida na sociedade. Assim, também não é possível calcular sempre e com segurança científica todas as ações. Por isso, entre a realização das atividades e suas consequências, há uma avaliação por *determinações probabilísticas* que são utilizadas para orientar a escolha dos atos, pois permite prever seus resultados. O *economicismo* da vida cotidiana refere-se à determinação dos pensamentos e das ações que se manifestam enquanto apresentam uma função na cotidianidade, ou seja, se não há necessidade, não haverá desperdício de energia, de tempo e de pensamento. As ideias necessárias para a realização das atividades cotidianas não são fundamentalmente elevadas ao plano da teoria, permanecendo assim pragmáticas por meio de uma *unidade imediata* entre o pensamento e a ação, os quais são mais determinados por sua viabilidade do que por questões de ordem teórica ou filosófica.

Os sentimentos de *fé e confiança* na vida cotidiana representam uma espécie de suporte para as demais estruturas, assim como apresentam uma função mediadora e um espaço importante. Por último, a *ultrageneralização* refere-se aos conceitos e generalizações, baseados na própria experiência individual ou nas tradições aceitas e difundidas na sociedade que têm como função servir de base para a atuação na vida cotidiana. Fazem parte da ultrageneralização os juízos provisórios e dentre eles destaca-se o preconceito.

Esses padrões de pensamento, sentimento e ação são necessários para que o homem viva sua cotidianidade e haja a reprodução social de sua existência. No entanto, essas categorias devem deixar uma margem de movimento e explicitação, pois, em momentos em que precisam ser superadas e o indivíduo não consegue, cristalizando tais padrões, estamos diante de um fenômeno de *alienação* (Heller, 2004).

A alienação no cotidiano é possível na medida em que não há uma reflexão sistemática das pessoas em suas próprias condições na sociedade contemporânea. As questões importantes e diversas da vida cotidiana ficam encobertas e desprovidas de reflexões mais aprofundadas. Um cotidiano alienado diz respeito a uma sociedade na qual sua forma de organização

limita o pleno desenvolvimento dos indivíduos, onde a vida dos mesmos é preenchida exclusivamente pelas características, conteúdo e dinâmica da cotidianidade sem que seja possível aludir à universalidade do gênero humano (Heller, 2004).

A vida cotidiana não é necessariamente alienada, porém determinadas circunstâncias sociais proporcionam tal condição. Por outro lado, a hierarquia espontânea da vida cotidiana determinada pela época, pela produção e pela sociedade, possibilita uma margem de movimento que, por meio da individualidade consciente, permite o que Heller (2004) denomina de “condução da vida”, ou seja, é suposto para cada um uma vida própria, cada qual se apropria, a seu modo, da realidade e impõe a ela a marca de sua personalidade. O empenho na condução da vida mesmo nas condições socioeconômicas que favorecem a alienação é possível.

Assim, modos de apropriação, mas também a alienação, são algumas das lógicas passíveis de serem encontradas na vida cotidiana que se desenvolve no território, pois os limites impostos pela cotidianidade têm como base material a estrutura econômica e social da nossa sociedade, correspondente a uma estrutura histórico-social determinada. Assim, “quanto maior for a alienação produzida pela estrutura econômica de uma sociedade dada, tanto mais a vida cotidiana irradiará sua própria alienação para as demais esferas” (Heller, 2004, p. 38).

O rompimento da alienação é possível quando os indivíduos conduzem sua vida por meio do uso da razão, da crítica e da reflexão conscientes, da análise coerente, da paixão pela verdade e pela transformação da realidade, buscando um conhecimento objetivo capaz de desmistificar os processos de alienação e dominação da sociedade capitalista contemporânea (Rossler, 2004).

Sendo que no cotidiano ocorre o desenvolvimento dos processos sociais e também movimentos de superação da imediatez, da reificação do real e das transformações das relações de opressão que subjagam as subjetividades, fazem-se necessários mecanismos para a reconstrução da cidadania e ressignificação do cotidiano como formas de fortalecimentos dos indivíduos e saídas da alienação (Fernandes, 2002).

Conhecer e analisar a proposta do serviço de atenção psicossocial - especificamente no que se refere ao desenvolvimento cotidiano de intervenção junto ao usuário no território, torna possível compreender os mecanismos capazes de tornar alienados os sujeitos no processo de trabalho, ou seja, é possível observar se estão presentes condutas, ações e pensamentos que se tornam inflexíveis diante das demandas atendidas, as quais exigem uma outra postura para a intervenção, porém esta não ocorre por estar presa a processos políticos, econômicos, sociais e culturais.

Considerando que, ao conhecer como funcionam os mecanismos que “organizam uma coletividade, pode-se descobrir, também, a forma de superar aquilo que já está ultrapassado, que está em desacordo com as necessidades dos sujeitos dessa sociedade” (Fernandes, 2002, p. 56), apontamos o desenvolvimento de ações territoriais como um importante instrumento para a ressignificação do cotidiano das pessoas com transtornos mentais, a partir do estabelecimento de novas formas de relacionamento social, em oposição a práticas herdadas de um modelo hegemônico que se fazem presentes também nos novos serviços de atenção à saúde mental.

3.2 CATEGORIAS ANALÍTICAS: TERRITÓRIO E REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL

As categorias analíticas, as quais detêm historicamente as relações sociais fundamentais e são limites para conhecer o objeto em seus aspectos mais gerais (Minayo, 1998), norteadoras deste estudo são os conceitos de *Território* usado, na compreensão do geógrafo Milton Santos, e *Reabilitação Psicossocial*, na perspectiva dos estudos de Benedito Saraceno. Estes são importantes referenciais analíticos em nossa investigação, pois apresentam aspectos que permitem problematizar as condições em que estão inseridas as pessoas, e essencialmente potencializar a discussão acerca das ações no território em saúde mental.

O uso do território e não o território em si é o objeto de análise social. O território usado, composto pelos objetos e ações é sinônimo de espaço

humano, espaço habitado onde estão inclusos todos os atores e “importante é saber que a sociedade exerce permanentemente um diálogo com o território usado, e que esse diálogo inclui as coisas naturais e artificiais, a herança social e a sociedade em seu movimento” (Carvalho, Leite, Seabra, 2001, p. 26).

Santos foi um crítico severo ao processo de globalização, denominando-o como globalitarismo, demonstrou que os seus efeitos acentuam e aprofundam as desigualdades socioespaciais e propôs uma outra globalização, pautada na solidariedade como base para a construção das relações humanas (Souza, 2005; Ribeiro, 2002).

O território usado é norteado pela lógica do capitalismo que, de forma globalizada, modifica relações e impõe modos conformados e consumistas de existência. Nesse sentido, também ocorre o exercício do controle das subjetividades, sendo ainda pautado pelo poder disciplinar presente nas rotinas cotidianas, influenciando “modos de ser, novos mundos e novas formas coletivas de conceber a vida e a existência” (Yasui, 2006, p. 119).

Nesses espaços de relação entre o natural e o social, muitas lógicas estão presentes, as quais muitas vezes produzem sujeição e dominação, mas, por outro lado, também há potencialidades para a criação de formas de afirmação de singularidades autônomas (Yasui, 2006).

Assim, território é um espaço de ação e de relações tanto de poder, como de resistências ao poder, produzindo mecanismos tanto de inclusão quanto de exclusão social. Mas também é um dos espaços mais efetivos de resistências ao poder e assim, por meio de um novo cotidiano, as mudanças sociais acontecem (Oliveira, 2004).

A Reabilitação Psicossocial como um processo constituído por um conjunto de procedimentos orientados para o cuidado que inclui socialmente as pessoas com a experiência do transtorno mental efetivamente ocorre no território usado.

Nos anos 1960, a Reabilitação Psicossocial teve origem a partir de três fenômenos principais que determinaram a necessidade de reabilitação: a desospitalização, em consequência dos movimentos de reformas psiquiátricas, a afirmação dos direitos das pessoas com transtornos mentais

institucionalizadas e as evidências epidemiológicas de que as estratégias de ação devem estar relacionadas com as variáveis diretamente implicadas na evolução das psicoses (Saraceno, 1999).

A Reabilitação Psicossocial, mais do que uma técnica, é um processo abrangente, em que são oferecidas oportunidades às pessoas com transtornos mentais para atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade e que, para tanto, demanda o aumento das competências individuais, juntamente com o envolvimento de mudanças ambientais (OMS, 2002).

Esse processo é composto por um conjunto de estratégias com a finalidade de aumentar as oportunidades de troca de recursos e de afetos. Para tanto, são três os grandes cenários em que se deve aumentar a capacidade contratural das pessoas: a rede social, o habitar e o trabalho. Nessa perspectiva, compreende-se que a rede social é o lugar das trocas sociais, o habitat é mais do que simplesmente morar, compreendido como o estar em uma casa, é se apropriar dos espaços em que se habita, e o trabalho é o espaço de produção de sentidos e de valores subjetivos de troca (Saraceno, 1999; 2001).

Interessa-nos particularmente a compreensão de rede social, pois a sua construção e fortalecimento ocorre em um território. A rede social é o lugar onde trocas sociais são possíveis de serem realizadas e a sua densidade e homogeneidade são alguns dos aspectos que influenciam no decurso dos transtornos mentais, ou seja, o seu empobrecimento, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, significa a desabilitação, a falta de contraturalidade nesse cenário (Saraceno, 1999).

Dado que a Reabilitação Psicossocial se dá em essência por meio de práticas territoriais, apostamos na importância do uso cada vez mais frequente do território por parte do serviço de saúde mental comunitário, com o objetivo de transformação consciente do cotidiano, o qual “será, um dia ou outro, escola para a desalienação” (Santos, 2007, p.71), ou seja, o cotidiano é o lugar das pequenas revoluções, das transformações que induzem a processos de apropriação, de condução da vida, traduzidas em autonomia,

liberdade de escolha, flexibilidade nos padrões de pensamentos, sentimentos e ações.

3.3 CAMPO DE ESTUDO

O CAPS, como um serviço de atenção psicossocial de base comunitária, é um dos responsáveis pela realização de intervenções territoriais, não descartando, no entanto, a possibilidade de que outros serviços de saúde mental também o façam.

Como campo para a coleta de dados desta pesquisa, optamos pela busca de um dos CAPS de Campinas-SP, por dois motivos principais: dada à proposição do desenvolvimento de práticas territoriais que, conforme observamos, constam em documentos relacionados às diretrizes do município (Campinas, 2002) e não apenas em nível nacional, e ainda por constataremos na literatura referências positivas quanto à reforma psiquiátrica realizada na cidade. Campinas, juntamente com Sobral-CE, em 2003, foram as cidades brasileiras eleitas como experiências municipais inovadoras para um estudo da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) sobre a reforma psiquiátrica realizada na América Latina e no Caribe (Henry, 2008).

O município de Campinas é formado pela cidade de Campinas e quatro distritos: Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida; localiza-se na região noroeste, há aproximadamente noventa quilômetros da cidade de São Paulo; é considerada a terceira maior cidade do Estado, ocupando uma área de aproximadamente 801 km² e sua população está em torno de um milhão de habitantes⁹.

A estrutura do SUS em Campinas é composta por uma complexa rede de serviços e instâncias de gestão e controle social¹⁰, conforme descrição a seguir.

⁹ Informações disponíveis no site [março/2010]: <http://www.campinas.sp.gov.br/conheca-campinas/campinas.php>.

¹⁰ Informações retiradas do site [março/2010]: <http://2009.campinas.sp.gov.br/saude/> (Estrutura do SUS Campinas).

Os Distritos de Saúde (DS) são cinco: Norte, Sul, Leste, Noroeste e Sudoeste, compostos por unidades de saúde próprias, conveniadas e contratadas, abrangendo a Atenção Básica e de Média e Alta Complexidade, com funcionamento de forma organizada e hierarquizada.

A Vigilância em Saúde é dividida em cinco unidades de Vigilância em Saúde Distritais (VISA): VISA Norte, VISA Sul, VISA Leste, VISA Noroeste e VISA Sudoeste.

São sessenta e uma Unidades Básicas de Saúde (Centros de Saúde), sendo na proporção de uma para cada vinte mil habitantes, responsáveis pela atenção básica à saúde e alguns procedimentos de média complexidade e possuem o Conselho Local de Saúde.

As Unidades de Referência são dezoito e contam com atendimento especializado, composto por Ambulatório, Centros de Referência, Policlínicas e outros, tais como: CAPS; Centro de Vivência Infantil (CEVI); Centro de Referência e Informação sobre Álcool e Drogas (CRIAD); Centro de Referência de Atenção Integral à Criança e à Saúde do Adolescente (CRAISA); Centro de Referência em Reabilitação; Centro de Referência do Programa Municipal de DST/Aids de Campinas, etc.

O Sistema de Urgência e Emergência é composto por serviços conveniados e contratados como os Hospitais, as Unidades de Pronto Atendimento e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

Por fim, há outras unidades de atendimento direto ao usuário, as quais não compõem a atividade de gestão (Centro de Convivência e Cooperação Tear das Artes, Casa das Oficinas, Farmácia Popular, etc.).

3.3.1 A Rede de Atenção em Saúde Mental de Campinas

A Rede de Atenção à Saúde Mental de Campinas¹¹ é composta por dez CAPS, sendo:

¹¹ Informações obtidas por e-mail junto ao articulador de saúde mental do Município (Deivisson Vianna Dantas dos Santos) e através dos sites [março/2010]:

- 06 CAPS III, com oito leitos cada, totalizando 48 leitos: DS Norte – *CAPS Estação*; DS Leste – *CAPS Leste Esperança*; DS Sul – *CAPS Antonio da Costa Santos*; DS Sudoeste – *CAPS Novo Tempo* e *CAPS David Capistrano da Costa Filho*; DS Noroeste – *CAPS Integração*.
- 02 serviços de atendimento à criança e ao adolescente em processo para transformação em CAPSi: CEVI (Centro de Vivência Infantil) – DS Leste e Noroeste e CRAISA (Centro de Referência de Atenção Integral a Saúde do Adolescente) – DS Sul e Sudoeste.
- 02 CAPSad: CAPS ad Independência – DS Sul e CAPS ad Reviver – DS Leste, e é prevista a finalização da construção de um terceiro ainda no ano de 2010.

Além dos CAPS, integram a rede, os seguintes serviços:

- 10 Centros de Convivência.
- 02 Centros de Geração de Renda (com 13 oficinas ao todo).
- 34 Serviços Residenciais Terapêuticos (204 usuários).
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) com médico psiquiatra vinte e quatro horas.
- 30 Leitos de internação psiquiátrica em 03 Enfermarias Psiquiátricas nos Hospitais Gerais HC-UNICAMP, Hospital Celso Pierro, Hospital Ouro Verde.
- 62 Leitos de internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico – Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira (SSCF).
- 30 equipes de saúde mental.

A coleta de dados foi realizada em um dos CAPS III, localizado na região Sudoeste de Campinas, eleito a partir da indicação do articulador de saúde mental do município, no processo descrito abaixo. A equipe estava composta no momento do trabalho de campo por trinta e oito trabalhadores, sendo: três médicos psiquiatras, quatro enfermeiros, quatro terapeutas ocupacionais, quatro psicólogos, dois assistentes social, oito técnicos de

enfermagem, nove auxiliares de enfermagem, dois auxiliares de escritório em geral, um cuidador em saúde e um atendente de farmácia.

A abrangência populacional para esse CAPS é de aproximadamente cento e quinze mil habitantes e o número de usuários atendidos cadastrados é de trezentos e vinte.

3.4 COLABORADORES DO ESTUDO E CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO

Em pesquisa qualitativa, na escolha da população do estudo, não se busca a generalização, mas o aprofundamento e a abrangência da compreensão de um dado grupo social. Assim, seu critério não é numérico, sendo uma amostra ideal aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões (Minayo, 1998).

Amostra significa uma parcela selecionada, um subconjunto do universo de uma população de sujeitos. A estratégia de amostragem utilizada foi a intencional ou proposital, na qual é definido pelo pesquisador quem serão os sujeitos que deverão compor o estudo, de acordo com os pressupostos do trabalho e com a sua visão sobre quem poderá trazer informações substanciais para o tema do estudo (Turato, 2008).

Desse modo, sendo o objeto deste estudo as ações no território como uma prática cotidiana do serviço de saúde mental, buscamos delimitar dentre os CAPS existentes aquele que se destacava na produção de ações territoriais, a partir da visão do articulador de saúde mental do município.

Na entrevista, foram apontados dois dos serviços, ficando a critério da pesquisadora a escolha final. A opção por um dos serviços foi baseada na informação sobre a estruturação das equipes multidisciplinares e, assim, definimos como campo de estudo o CAPS que mantinha há mais tempo a mesma equipe, em detrimento do outro que estava naquele momento compondo uma nova equipe.

Tendo em vista os objetivos do estudo, buscamos o coordenador do serviço para a indicação de colaboradores da pesquisa, adotando como

critério de indicação o envolvimento direto ou a maior disponibilidade dos trabalhadores para a realização de ações no território.

Adotamos ainda como recurso metodológico o modo de amostragem por bola-de-neve, em que o pesquisador parte de indicações das pessoas do campo, a fim de obter uma amostra mais consistente, em conformidade com os objetivos da pesquisa (Turato, 2008).

O percurso se deu com os seguintes passos indicados por Turato (2008): foi realizada a primeira entrevista com o coordenador do serviço que fez a caracterização do serviço e finalizou com as indicações dos colaboradores; para a continuidade da coleta de dados, os indicados foram convidados a participar da pesquisa por meio do grupo focal; ao final da segunda sessão do grupo, foi solicitada também a eles a indicação dos moradores do território (usuários e não usuários do serviço) para a continuidade da coleta de dados – o critério para a indicação seguiu o mesmo adotado anteriormente, o envolvimento, a vivência em algum tipo de intervenção territorial a partir do CAPS, ou o envolvimento ainda que mínimo no contexto do usuário; e assim foi finalizada a coleta ao serem considerados satisfatórios os dados obtidos.

Estabelecemos ainda como requisitos para a seleção dos colaboradores, além das indicações, a participação voluntária, a disponibilidade e boas condições de comunicação.

A população deste estudo foi composta pelo *articulador* de saúde mental do município de Campinas e o *coordenador* do CAPS, na condição de informantes, e como colaboradores da pesquisa os *trabalhadores*, os *usuários* e os *não usuários* do serviço.

3.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Os princípios éticos fundamentais adotados na abordagem aos colaboradores, na coleta e tratamento dos dados, tiveram por base a

Resolução nº 196 de 10/10/1996, a qual dispõe sobre as normas de pesquisa envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996).

Anteriormente ao início do trabalho de campo, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP) e foi aprovado por meio do processo número 746/2008–CEP-EEUSP (Anexo 1). Solicitamos também a Autorização Institucional da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas (Anexo 2) e obtivemos o parecer favorável (Anexo 3).

A seleção dos colaboradores da pesquisa foi pautada pelo respeito à vontade e disponibilidade para a participação. Além disso, as pessoas foram devidamente esclarecidas acerca dos objetivos e procedimentos da pesquisa, sendo informadas ainda sobre a possibilidade de deixarem de participar por livre vontade.

Para a participação e registro do áudio por meio de gravação sonora, foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice 1), que após a leitura foi assinado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e outra ficou com a pesquisadora. Foi mantido o anonimato dos colaboradores no registro dos dados e também na análise posterior.

3.6 COLETA DE DADOS

Utilizamos três formas de coleta de dados nesta pesquisa: a entrevista, baseada em roteiros semi-estruturados, o grupo focal e a observação simples. As informações obtidas acompanharam um diário de campo.

O diário ou notas de campo é o relato escrito daquilo que o pesquisador ouve, vê, vivencia e pensa na trajetória de campo, refletindo sobre os dados da pesquisa qualitativa. Por meio de uma descrição dos lugares, pessoas, acontecimentos, atividades e conversas, o investigador faz o registro de ideias, estratégias, reflexões e palpites (Bogdan, Biklen, 1994).

A coleta de dados foi realizada no período do segundo semestre de 2008, após a aprovação do pedido pela Secretaria Municipal da Saúde de Campinas.

A entrevista consiste num instrumento privilegiado de coleta de informações dada a possibilidade de revelar, por meio da fala, as condições estruturais, os sistemas de valores, as normas, as simbologias e “ao mesmo tempo ter a magia de transmitir através de um porta-voz, as representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas” (Minayo, 1998, p. 110).

Na pesquisa qualitativa, as entrevistas podem variar quanto ao seu grau de estruturação em: estruturadas, semi-estruturadas e não estruturadas.

Fizemos uso de roteiros semi-estruturados, os quais combinam perguntas abertas e fechadas e são caracterizados pela possibilidade do entrevistado discorrer acerca do tema de forma flexibilizada, colocada pelo pesquisador (Minayo, 1998).

No total, foram realizadas dezenove entrevistas, sendo duas com os informantes iniciais: articulador de saúde mental (Apêndice 2) e coordenador do CAPS (Apêndice 3), doze com usuários (Apêndice 4) e cinco com não usuários (Apêndice 5). Uma das entrevistas com usuário foi descartada dada a dificuldade de comunicação por causa das condições psíquicas desfavoráveis do usuário no momento da coleta de dados.

Para as entrevistas com não usuários, foram indicadas outras pessoas que poderiam ser significativas para a composição da rede social dos usuários, porém não foram realizadas devido à indisponibilidade apresentada, sendo justificada por falta de tempo.

Para os trabalhadores do CAPS, propusemos a realização de grupo focal. O grupo focal tem como objetivo obter dados por meio de discussões cuidadosamente planejadas, nas quais os participantes expressam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais sobre um determinado tema em comum, que faça parte da vida dos mesmos. O uso do grupo focal é apropriado quando o objetivo do investigador é analisar de que forma as pessoas avaliam uma determinada experiência, ideia ou

evento, como definem um problema e de que forma suas opiniões, sentimentos e significados relacionam-se com determinados fenômenos. É possível ainda, por meio dessa técnica, conhecer a dinâmica da interação entre os participantes, observando controvérsias e resoluções de problemas (Westphal, Bógus, Faria, 1996).

Diferentemente da entrevista na qual se alternam perguntas do entrevistador e respostas dos entrevistados, no grupo focal a coleta dos dados ocorre por meio da interação entre os participantes, direcionada por tópicos conduzidos pelo pesquisador, coordenador do grupo. Assim, o material coletado refere-se a uma transcrição da discussão do grupo focada em um assunto específico (Carlini-Cotrim, 1996). Nesta pesquisa, os grupos focais tiveram como tema central o desenvolvimento de ações territoriais na saúde mental.

O uso do grupo focal em pesquisas da área da saúde é relativamente recente e apresenta como importante contribuição captar o pensar coletivo acerca de uma temática que faz parte do cotidiano das pessoas, pois explora a tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com os demais (Westphal, Bógus, Faria, 1996).

Além disso, na área da saúde sob o ângulo do social, o grupo focal apresenta-se como uma técnica de inegável importância, tendo em vista a sua característica de pesquisar as representações dos trabalhadores da área e dos usuários dos serviços, bem como os processos de trabalho (Minayo, 1998).

Ainda, por meio dos grupos focais, é possível compreender práticas cotidianas, ações e reações a fatos e eventos, comportamentos e atitudes, sendo também permitido conhecer percepções, crenças, representações, valores, preconceitos, linguagens, hábitos e restrições que estão presentes em torno de uma determinada questão, atribuídos pelas pessoas que partilham de situações em comum no dia-a-dia (Gatti, 2005).

Nesse sentido, justificamos a utilização dos grupos focais para a coleta dos dados buscando captar os sentidos atribuídos ao desenvolvimento de ações no cotidiano institucional com foco no território e explorar a capacidade crítica dos sujeitos envolvidos nas mesmas.

Considerando que a técnica do grupo focal permite a intensificação do acesso às informações acerca de um dado fenômeno, pela investigação de uma ideia em profundidade (Dall'Angol, Trench, 1999), o uso deste recurso se mostra adequado diante dos objetivos da pesquisa.

O grupo focal deve apresentar homogeneidade entre os participantes, que deve ser compreendida como a presença de alguma característica comum entre eles que interesse ao estudo do problema, mas com variação suficiente entre eles para que as divergências também sejam expressas (Gatti, 2005). Os grupos focais realizados foram compostos por trabalhadores do CAPS, de diferentes formações (psicólogos, médicos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e técnicos de enfermagem), tendo como único critério de homogeneidade entre eles o engajamento em ações territoriais e a defesa crítica observada em suas condutas, na visão da coordenadora. A escolha pela característica de homogeneidade está relacionada à proposta da pesquisa que tem como enfoque a intervenção no território.

Após a indicação dos trabalhadores, foi efetuado o contato com cada um deles para o agendamento de uma data comum a todos para a realização da primeira sessão do grupo focal.

O grupo focal com os trabalhadores do CAPS foi realizado em duas sessões, em torno da temática principal da discussão que era o território na saúde mental (Apêndice 7). As sessões foram coordenadas pela pesquisadora que, a partir de sua experiência na condução de grupos, atuou como moderadora das discussões, buscando introduzir o assunto, manter o foco nos temas e garantir oportunidades para a participação de todos.

Houve o suporte de observador nas duas sessões grupais, para o auxílio à pesquisadora e anotação das informações verbais e não verbais pertinentes observadas no grupo. Posteriormente, foram efetuados encontros com as observadoras para reunir e discutir as impressões sobre as sessões. As observadoras eram profissionais (psicólogas e terapeuta ocupacional) da área da Saúde, inseridas em trabalhos de pesquisa – núcleo de pesquisa e programa de pós-graduação, com experiência na condução de grupos e na participação de grupos focais.

O ambiente em que ocorreram as sessões do grupo focal foi uma das salas do próprio serviço, em espaço naquele momento ainda pouco utilizado por ter sido recém inaugurado, uma extensão ao fundo do prédio de dois andares onde está localizado o CAPS. Apesar da recomendação encontrada na literatura quanto ao ambiente para a realização do grupo focal não ser o mesmo do trabalho dos participantes, foi respeitada a opinião do grupo sobre a inviabilidade de deslocamento para outro local. Contudo, consideramos que o uso do espaço do serviço não influenciou no desenvolvimento e na dinâmica das sessões.

A duração de cada sessão grupal foi de aproximadamente uma hora e dez minutos, delas participaram cinco dos seis colaboradores indicados pelo coordenador do serviço e ambas tiveram o áudio registrado em meio magnético e foram transcritas na íntegra.

A realização das sessões de grupo focal teve como fundamento teórico técnico o Grupo Operativo.

Para Pichon Riviére, autor da teoria que analisa os fenômenos grupais, Grupo Operativo é definido como um conjunto de pessoas que tenham um objetivo em comum e esse objetivo é a realização da tarefa. A tarefa, que pode ser explícita (motivo pelo qual as pessoas se reúnem) ou implícita (é o pano de fundo da interação grupal, relaciona-se à elaboração das ansiedades básicas que representam resistência às mudanças), na verdade consiste no aprendizado e no treinamento do próprio trabalho em equipe. O objetivo do Grupo Operativo pode ser resumido como o enriquecimento do ser humano na realização da tarefa (Bleger, 1989; Dall'Agnol, Trench, 1999).

A centralidade da tarefa demanda do grupo o aprender a pensar, com a finalidade de resolver as dificuldades que surgem no campo grupal. A tarefa é um conceito dinâmico e dialético, que representa a própria operatividade do grupo em que estão presentes elementos como o nível de aprendizagem dos integrantes e os instrumentos que são mobilizados no processo da aprendizagem da realidade (Lucchese, Barros, 2007).

No processo da dinâmica grupal, estão presentes papéis desempenhados por parte dos sujeitos no contexto do grupo operativo, tais

como: porta voz, bode expiatório, líder e sabotador. Ainda, para a interpretação do acontecer grupal, estão presentes seis pontos de referência que são os *vetores*, dispositivos qualitativos utilizados para examinar a relação entre os conteúdos implícitos e explícitos do grupo: afiliação e pertença, cooperação, pertinência, comunicação, aprendizagem e tele (Lucchese, Barros, 2007).

Os papéis, encontrados naturalmente em qualquer tipo de grupo que tenha um objetivo comum, são desempenhados em forma de rodízio entre os integrantes, pois, se um papel é assumido por muito tempo, por um único membro, isso indica que o grupo não age operativamente, há a cristalização dos papéis, o que bloqueia o aprendizado e faz com que não se cumpra a tarefa (Grando, 2007).

Na medida em que o uso do Grupo Operativo proporciona trocas de vivências entre as pessoas, permite revisitar e refletir sobre o cotidiano, exteriorizar sentimentos latentes, apropriar-se e reconstruir a realidade, é possível fazer a sua aproximação com o uso do grupo focal, pois, como uma estratégia metodológica qualitativa, o mesmo busca respostas a partir do que as pessoas sentem ou pensam sobre determinado assunto (Lucchese, Barros, 2007).

Outro aspecto de aproximação é dado por Dall'Agnol e Trench (1999) ao se referirem que os sujeitos, na medida em que inserem, por meio do grupo focal, diferentes ângulos de visões sobre um determinado fenômeno, têm despertadas percepções que ainda se mantinham em estado latente. A mudança dessa condição para a elaboração-expressão se dá no contexto do processo interativo proporcionado pelo grupo. Nesse sentido, é possível fazer uso de dois conceitos do Grupo Operativo: o de verticalidade – em que os membros falam a partir de suas vivências pessoais; e o de horizontalidade - sendo a história pessoal construída no bojo das inter-relações experienciadas, as opiniões e os posicionamentos se delineiam a partir das interações com os outros, portanto, na história grupal. Os sujeitos são representantes da horizontalidade em que estão inseridos e o “próprio debate no grupo focal é uma dessas construções” (Dall'Agnol, Trench, 1999, p. 6).

Por esses motivos é que propomos a descrição das dinâmicas estabelecidas nas sessões do grupo focal, baseada no referencial Pichoniano de Grupo Operativo, buscando identificar os principais elementos, com o auxílio do roteiro para elaboração de crônicas proposto por Lucchese e Barros (2007).

Finalmente, para compor a coleta de dados, utilizamos a observação simples de situações de intervenção no território, as quais foram apontadas como significativas no cotidiano do serviço pelos trabalhadores quando solicitados ao final da segunda sessão do grupo focal.

A observação simples, apesar de ser espontânea e informal, coloca-se num plano científico que vai além da constatação simples dos fatos, é adequada aos estudos qualitativos e muito apropriada para o estudo das condutas na vida social, no cotidiano das pessoas, como por exemplo: hábitos de compras, convivência social, frequência a lugares públicos, entre outros (Gil, 2008).

Observamos situações de intervenção no território com o intuito de complementar a posterior análise dos dados e assim buscar auxiliar na compreensão a respeito das possibilidades de mudanças por meio dessas práticas, seguindo um roteiro com alguns itens sugeridos por Gil (2008) e complementados pela pesquisadora (Apêndice 6).

Duas ocasiões foram destacadas e discutidas pelos trabalhadores no grupo focal como importantes formas de intervenção no território, o “transporte” e o “matriciamento”.

O “transporte” é compreendido na situação de observação como objetivo de deslocamento dos usuários e a entrega e/ou administração da medicação no domicílio por uma técnica de enfermagem, para aqueles usuários que não frequentam o CAPS cotidianamente. A situação observada foi constituída pelos seguintes sujeitos: o motorista (são disponibilizados pela Secretaria da Saúde dois funcionários que operam carros do tipo Kombi, e se revezam em turnos de doze horas), a técnica de enfermagem, os usuários do CAPS (por volta de cinco) que foram deslocados até as suas

residências. Havia ainda em outras residências visitadas, familiares, vizinhos e usuários que não frequentam o CAPS todos os dias.

O ambiente da observação é caracterizado por residências localizadas em bairros próximos ao CAPS, em uma das regiões de maior vulnerabilidade social na cidade de Campinas.

A outra situação de observação foi uma das atividades de apoio matricial realizada por um trabalhador do CAPS e compreendeu a participação em reunião semanal de um dos Centros de Saúde de referência da região de abrangência do serviço.

A equipe do Centro de Saúde (CS) presente na reunião era composta por: médicos com as seguintes especialidades: generalista, pediatra e ginecologista; dentista; pessoal de enfermagem (enfermeira, técnicas e estagiárias) e agentes comunitárias; e uma assistente social do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que acompanha alguns casos de usuários em situação de processo jurídico, totalizando dezesseis pessoas. A reunião foi realizada em uma das salas do CS utilizada para atendimentos grupais.

A equipe geral do CS é dividida em quatro sub-equipes, nomeadas por cores (azul, amarelo, verde e lilás). Cada uma delas representa uma região de abrangência no território, pela qual um dos trabalhadores do CAPS torna-se responsável e, no caso, o trabalhador que acompanhamos faz o matriciamento de uma das equipes do CS e participa semanalmente dessa reunião, representando o CAPS. Além disso, há a intervenção nos casos de usuários do CS com transtornos mentais, juntamente com o médico generalista, os psiquiatras do CAPS e outra psiquiatra da rede.

O conteúdo das observações é discutido conjuntamente com a análise de dados obtidos por meio dos outros recursos metodológicos.

Por fim, com o objetivo de manter o anonimato dos colaboradores da pesquisa, utilizamos a seguinte codificação: as falas temáticas estão identificadas por letras, sendo U para os discursos dos usuários, NU para não usuários e T para os trabalhadores do CAPS. As falas U e NU são acompanhadas por números que correspondem à identificação das entrevistas: usuários de 1 a 11 e não usuários de 1 a 5, juntamente com o

número de ordem no discurso, por exemplo: 1U⁷ significa que é a primeira entrevista de usuário e a sétima frase temática, bem como, 3NU¹⁴ corresponde a terceira entrevista de não usuário e a décima quarta frase temática. As frases T estão identificadas como 1T para a primeira sessão de grupo focal e 2T para a segunda sessão, seguidas de números de 1 a 5 correspondentes às falas de participantes diferentes, por exemplo, 1T4 – primeiro grupo focal, participante identificado pelo número quatro.

3.7 ESTÁGIO DE DOUTORANDO NO EXTERIOR

Posteriormente à fase de coleta de dados foi realizado o estágio pelo *Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior* (PDEE), com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na Università degli Studi di Trieste/Dipartimento di Salute Mentale (DSM), em Trieste, Itália, sob a co-orientação do Professor Doutor Giuseppe Dell'Acqua, pelo período de quatro meses - maio a agosto de 2009 (Anexo 4).

Nesse período, foi possível realizar: encontros para discussão e informação com especialistas e pesquisadores da área de interesse do tema da pesquisa; atividades de campo no âmbito do DSM, em dois dos Centros de Saúde Mental (CSM), as quais possibilitaram a reflexão sobre as possíveis organizações de serviços de saúde mental, as diferenças entre os serviços territoriais oferecidos no Brasil e na Itália e sobre as possibilidades e propostas para as políticas públicas de saúde mental; visitas aos serviços que compõem a rede de saúde mental da cidade; a pesquisa bibliográfica acerca do tema de intervenções territoriais. Além disso, foi possível a participação em eventos científicos (conferências e seminários de pesquisa); em atividades de formação (curso de Psichiatria Sociale e encontros de discussão ministrados pelo orientador estrangeiro) e, sobretudo, a apresentação em seminário sobre o projeto de pesquisa com alguns dados

analisados durante o período do estágio, para a discussão com outros pesquisadores.

As informações referentes à vivência nos serviços territoriais triestinos foram registradas em um diário de campo, sendo retomadas oportunamente na discussão dos dados da pesquisa.

Partindo do pressuposto de que a trajetória triestina de desinstitucionalização apresenta influencia no processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira no que se refere ao trabalho no território, discutimos, reiterando ou contrapondo, alguns aspectos das categorias Território, Processo de Trabalho e Cotidiano, com base nos registros do diário de campo acerca do estágio realizado em Trieste.

Por meio da experiência italiana, compreendemos que somente na interface entre o território e no território é que se pode fazer reabilitação, pois é ele que garante uma reabilitação ligada às coisas que realmente contam, que fazem dizer: “estou curado” ou então “não estou de tudo curado, mas tenho uma vida normal” (Agnetti, 2008). Assim, como aludimos em outra oportunidade, o território é por definição o espaço no qual os direitos de cidadania são exercidos e expressos, sobretudo em três áreas principais, consideradas como garantia de inclusão social: a casa, o trabalho, e a participação social.

3.8 ANÁLISE DOS DADOS: A ANÁLISE DO DISCURSO

Na análise dos dados coletados, disponibilizamos esforços para estabelecer as conexões, mediações e contradições dos fatos constitutivos da problemática pesquisada, representando um trabalho de identificação dos determinantes fundamentais e secundários do problema.

Para a análise dos dados de entrevistas e do grupo focal, elegemos a técnica da Análise do Discurso, conforme a proposta de Fiorin (2005; 2006), como uma abordagem que compreende o discurso como a materialização

das formações ideológicas e representa as visões de mundo de um dado grupo social.

A linguagem tem a capacidade de criar a imagem do mundo, no entanto é também produto social e histórico. O discurso veiculado pela linguagem, expressa a visão de mundo que é resultante de fatores sociais, sendo ao mesmo tempo prática social cristalizada e modelador de uma visão de mundo (Fiorin, 2005).

O imaginário social corresponde às representações articuladas e entremeadas, que são explicitadas como desejos, projetos, expectativas, valores, crenças, hábitos, por meio do discurso verbal. Dessa forma, faz-se

Necessário que o cotidiano de todos os lugares (...) seja capaz de produzir imagens de modo constante e contínuo; seja capaz de transformar a experiência do cotidiano em fonte de informação capaz de ensinar a mudar comportamentos (Ferrara, 1994, p. 49-50).

O discurso transforma-se em um texto composto em níveis de leitura: a estrutura discursiva, num nível mais superficial; a estrutura narrativa, correspondendo a um nível intermediário e a estrutura profunda, representando o nível profundo. Os significados presentes nesses níveis variam dos mais simples e abstratos aos mais complexos e profundos. (Vianna, Barros, 2003).

Além disso, no texto estão presentes ainda dois níveis de concretização do sentido, a figura e o tema. Inicialmente, a figura pode ser compreendida como aquilo que é concreto, ou seja, remete-nos a elementos semânticos existentes no mundo material, por exemplo: árvore, casa, bola, os quais expressam o conteúdo de qualquer sistema de representação correspondente e perceptível no mundo natural. O tema apresenta uma natureza mais conceitual, não remetendo ao mundo natural, são categorias que se organizam e ordenam os elementos do mundo natural.

Dessa forma, conforme o grau de concretude dos elementos semânticos, os textos podem ser figurativos ou temáticos. Nos textos figurativos, há uma representação do mundo e apresenta-se uma função descritiva ou representativa. Já os textos temáticos buscam explicar a

realidade classificando, ordenando e estabelecendo relações e dependências. No entanto, o texto não pode ser classificado exclusivamente como temático ou figurativo, pois é necessário descobrir o tema que está subjacente à figura para que se possa compreender o seu sentido (Fiorin, 2006).

A análise do discurso como uma estratégia investigativa na área da saúde, e especificamente na saúde mental, tem sido bastante utilizada para compreender a percepção dos indivíduos tanto acerca do processo saúde-doença, como das práticas e políticas públicas desenvolvidas, pois esta é uma estratégia investigativa, que permite reconhecer os significados individual, coletivo e do contexto sócio-histórico presentes nos discursos (Macedo et al., 2008).

De tal modo, por meio dos discursos dos colaboradores da pesquisa, os trabalhadores e os moradores do território (usuários e não usuários do serviço de saúde mental), buscamos captar o imaginário social acerca de possíveis transformações no cotidiano, sobretudo, quanto as relações sociais, que se processam a partir de ações no território.

Para o procedimento da análise do discurso foi considerada a seguinte sequência: leitura repetida de cada discurso; análise das várias possibilidades de leitura do texto; análise da estrutura do texto, observando as estruturas discursiva, narrativa e profunda, procurando depreender as figuras e os temas; identificação dos valores, crenças e concepções dos sujeitos; identificação das argumentações presentes; e, finalmente, reconhecimento da emergência das categorias empíricas deste estudo a partir dos temas depreendidos nos textos (Vianna, Barros, 2003).

Assim, para proceder às análises, as entrevistas e as duas sessões grupais foram gravadas em meio magnético e transcritas de forma a preservar as características originais. Posteriormente o material transcrito foi lido de forma exaustiva e repetitiva, sendo possível distinguir e depreender as figuras e os temas subjacentes nos textos. Buscou-se observar as concepções ambíguas e contraditórias presentes nos discursos e, posteriormente, reunir as frases temáticas e subtemáticas identificadas nos textos. Assim foi possível a emergência de categorias empíricas.

Categorias empíricas são aquelas construídas com finalidade operacional a partir do trabalho de campo e têm a propriedade de apreender as determinações e especificidades que se expressam na realidade empírica (Minayo, 1998).

Desse modo, houve o reconhecimento das seguintes categorias empíricas: *Território, Processo de Trabalho e Cotidiano*. As categorias são analisadas no próximo capítulo, onde apresentamos e discutimos os resultados desta pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, dedicamo-nos à apresentação, análise e discussão dos dados empíricos, a partir das crônicas das sessões do grupo focal e, em seguida, abordamos as categorias empíricas resultantes do processo de análise dos discursos.

4.1 CRÔNICAS DAS SESSÕES DO GRUPO FOCAL

Na primeira sessão do grupo focal, procedeu-se à apresentação da moderadora e das duas observadoras, ao fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, à sua leitura e assinatura por todos os colaboradores.

Inicialmente foi feita uma exposição acerca da temática a ser tratada pelos trabalhadores, o território na saúde mental, a apresentação breve do projeto de pesquisa, os esclarecimentos gerais sobre o funcionamento do grupo focal (formas de registro, desenvolvimento em duas sessões, garantia do anonimato, entre outros) e a motivação dos colaboradores para a participação no grupo, baseada no motivo de indicação solicitado à coordenadora.

Posteriormente, foi colocada como questão para o aquecimento das discussões um “brainstorm” acerca do significado de território na saúde mental. A questão norteadora foi: o que significa território no contexto da saúde mental para cada um de vocês?

O grupo fez um breve silêncio denotando reflexão em torno da questão e um dos participantes iniciou dizendo que esse era um tema bastante discutido naquele momento pela equipe do CAPS como um todo. Outro participante inicia o discurso e dois integrantes complementam a ideia. Os significados atribuídos ao território na saúde mental foram: sentido organizativo das ações das mini-equipes; unidade de relação; mudança de

visão acerca do usuário e do seu projeto terapêutico; necessidade de conhecimento profundo dos recursos existentes no território.

Os participantes foram construindo os significados sendo mutuamente complementados em suas ideias. O ponto de divergência na discussão foi observado em torno da diferenciação na forma de se estabelecer relações em bairros centrais ou periféricos, pequenas ou grandes cidades. Essa discordância foi expressa também na gestualidade de dois dos integrantes que se aprofundaram nesse tópico.

Em seguida, foram abordados os tópicos específicos em torno do tema principal planejado para esse encontro: território – as ações territoriais e o cotidiano do serviço. As questões norteadoras foram:

- Quais ações vocês identificam como intervenção no território e quais suas propostas e objetivos?
- Qual a importância das ações no território no cotidiano de trabalho no CAPS?

A discussão desses pontos ocorreu de forma dinâmica. As ações realizadas foram pontuadas com exemplos de casos vivenciados pelos participantes, que iam sendo complementados uns pelos outros com a lembrança de detalhes das situações. Houve uma grande sintonia no desencadeamento das ideias com as quais se mostraram majoritariamente concordantes.

Os principais aspectos explorados nessa sessão que apresentam relevância para o nosso estudo foram elencados na ordem em que os assuntos foram discutidos:

- Concepção de território nos sentidos geográficos, de recursos e relacional.
- Desenvolvimento de ações no território (matriciamento; atuação do profissional em outros serviços; o transporte, compreendido como a realização de visitas domiciliares, medicação assistida e deslocamento dos usuários; passeios e festas de confraternização na comunidade; grupos de referência realizados externamente ao CAPS; oficina de futebol; oficina de culinária; facilitação da inserção do usuário no território

também nas situações de crise; acompanhamento terapêutico; abordagem de questões relacionadas ao campo dos direitos sociais).

- Objetivos específicos das intervenções – relacionados às demandas e desejos dos usuários, bem como ao uso dos recursos oferecidos no território.
- Objetivo geral – refere-se ao cuidado em liberdade, de acordo com o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental.
- Expressão da singularidade desse CAPS na visão de dois participantes quanto ao desenvolvimento de ações no território.
- Motivação para a ação territorial – para além da política, interesse e crença da equipe no trabalho. Além disso, a vulnerabilidade da condição socioeconômica facilita o relacionamento no território.
- Dificuldades em torno dos relacionamentos com outros equipamentos de saúde e o apoio da gestão em diversos níveis (coordenação do serviço, articuladores).
- Importância das intervenções no território atribuída ao próprio cotidiano do serviço.
- Retomada de aspectos referentes às dificuldades (sofrimento da equipe e relacionamento com outros equipamentos de saúde); momento em que é solicitada a exploração desses aspectos na próxima sessão.

Dentre as atividades listadas como territoriais, tiveram menor relevância, para o grupo, os passeios e festas, o acompanhamento terapêutico na residência, e de maior relevância foram discutidas as ações de matriciamento, o transporte, as questões de habitação, o campeonato de futebol e a relação com outros serviços como o Centro de Convivência.

Ocorreu a presença de falas sobrepostas predominantemente como “ecos” do que estava sendo dito. Os ecos, compreendidos como imitação ou repetição de palavras ou ideias, deram-se principalmente em relação aos seguintes aspectos: o matriciamento como uma relação de rede; a singularidade atribuída a esse serviço frente ao conhecimento que alguns integrantes apresentaram dos demais CAPS – momento em que foi esclarecida a forma de eleição do campo de estudo; o apoio de gestores e

trabalhadores; o posicionamento da equipe a favor da Reforma Psiquiátrica; a importância das ações no território para o cotidiano do serviço; e a não percepção no cotidiano acerca da quantidade de ações que a equipe realiza, afirmação contraposta em seguida na fala de que a equipe está atenta a esse aspecto, pois o mesmo é discutido.

Quanto aos papéis emergentes, destacamos o líder, compreendido como o depositário de aspectos positivos do grupo e que obtém, por intermédio dos fenômenos grupais, a liderança dos demais (Lucchese, Barros, 2007). Foram observados claramente dois momentos de posicionamento de liderança no grupo, um deles por profissional médico - corroborando a afirmação de que a esse trabalhador ainda é atribuído pela equipe maior poder de voz, liberdade de elaboração e decisão dos projetos assistenciais (Lucchese, 2005), sendo essa liderança alternada com profissional não médico, sobretudo na discussão de aspectos relacionados à assunção de direitos e dos relacionamentos sociais.

Os principais vetores (Lucchese, Barros, 2007) identificados foram:

- ⇒ A *cooperação*, compreendida como a articulação das necessidades individuais e grupais que têm como base o exercício de papéis diferenciados – observada na complementação uns dos outros e no compartilhamento das experiências de atuação no território.
- ⇒ A *pertinência*, que se refere ao nível em que o grupo mantém-se centrado na tarefa – ocorreu em uma oportunidade o desvio de tarefa e isso foi assinalado ao grupo.
- ⇒ A *comunicação*, como um processo de mútua influência, deu-se predominantemente de forma verbal, sendo observadas em alguns momentos a comunicação gestual e a presença de ruído, representado por burburinho causado pela fala de um dos participantes ao se referir a usuário na ilustração de um dos casos.
- ⇒ A *aprendizagem*, o que significa a mudança qualitativa do grupo refletindo a plasticidade com que lida com a ansiedade, a possibilidade de integração, a superação de contradições – observou-se pela dinâmica estabelecida que o grupo mostrou-se reflexivo diante da temática em que foi mantido o foco durante a sessão.

⇒ A *tele*, compreendida como a transferência positiva ou negativa entre os membros do grupo e o coordenador – considera-se que o clima estabelecido no grupo foi favorável para a expressão das opiniões, sendo observada a aproximação de alguns integrantes nessa sessão.

A sessão foi finalizada com a síntese dos pontos discutidos pelo grupo, alguns esclarecimentos, o acordo para o próximo encontro e os agradecimentos.

Na segunda sessão do grupo focal, inicialmente foi feita a apresentação de outra observadora e foram retomados os principais aspectos da sessão anterior, a partir da sua transcrição, discussão com as observadoras e prévia análise.

A motivação ao grupo nessa ocasião foi baseada no diferencial do serviço quanto às intervenções territoriais e, por fim, foram realizadas observações sobre a importância da expressão de pontos de vista contrários e não a busca de consensos.

Para o aquecimento, foi proposta uma dinâmica a partir de uma construção coletiva, com recorte e colagem de figuras de revistas, acerca da representação de serviço de saúde mental de base territorial (Anexo 5). A intenção foi investigar se, para o grupo, seria possível uma conceituação única.

O grupo iniciou essa tarefa de forma individualizada e sem planejamento ou discussão sobre o que foi proposto. Contudo, no seu desenvolvimento, as trocas verbais e os momentos em que comentavam sobre as figuras foram inúmeros. Nesse processo, iam se organizando para a montagem final – discutiam posicionamento dos recortes no papel Kraft. Foram observados o empenho e a preocupação do grupo com a realização da atividade.

A construção realizada pelo grupo foi composta pelas principais representações e seus recortes: o CAPS como um serviço de portas abertas – moça com os braços abertos em frente a uma casa; em associação a essa representação foi colada a frase “entre e fique a vontade”; oficina de culinária, geração de renda e uma situação de almoço com os usuários – utensílios domésticos e alimento; oficina de futebol – jogo de futebol; brigas

na reunião de equipe, assinalado como “guerra e paz da equipe” – cena de filme (Sr. e Sra. Smith) em que aparece um casal apontando armas, e, ao lado, a figura de pessoas juntas; festas realizadas no contexto do serviço – pessoas dançando, churrasco de confraternização e dupla com instrumentos musicais; fazer algo contrariamente àquilo que se pensa – desenho de um personagem comendo uma coisa, pensando estar comendo outra; usuários em tratamento no CAPS – frase “nova geração em tratamento”; representação geográfica do território – paisagem; os recursos do território (recursos disponíveis fora do serviço) – homem utilizando um telefone na rua; trabalhadores em seu ofício: ajuda ao usuário – cena de peça de teatro em que uma mulher auxilia a outra a sair de um hospício; momentos vivenciados pelos trabalhadores (sofrimento e cansaço) – cena de filme em que aparece uma mulher com fisionomia de sofrimento; e ilustrações com as frases “deixe que o mundo veja você com outros olhos” e “as diferenças tornam a vida mais bonita e colorida”.

Nessa reunião, os trabalhadores relataram a vivência de um dia difícil em decorrência da tentativa de evasão de um dos usuários em situação de crise, fato que mobilizou a equipe como um todo e envolveu a vizinhança próxima ao serviço. O clima da sessão e a disponibilidade dos participantes foram influenciados pelo acontecimento, relatado como singular.

Durante a execução da atividade e a apresentação do cartaz produzido, as figuras com os seus significados mais relevantes que causaram trocas mais intensas entre os integrantes foram: casa de “portas abertas” representando o que é ou o que deveria ser o CAPS, segundo os integrantes, associando esta ideia, juntamente com a frase “entre e fique a vontade”, à situação de tentativa de evasão do usuário, momento em que foi discutida a liberdade tanto para a entrada, quanto para a saída do serviço – estariam as portas abertas para todos?; a cena do filme e as brigas da equipe; a representação das festas de confraternização e a representação dos momentos de sofrimento, relacionando ao vivenciado no dia.

Apesar de verbalizarem, ao apresentar o cartaz, a impossibilidade de uma conceituação única em torno do serviço territorial, o grupo acolheu e reforçou a ideia do serviço como uma “casa de portas abertas”. Na

realização da atividade, foi possível reunir informações importantes acerca de território e serviço de base comunitária e territorial.

No desenvolvimento da atividade foi comentada, ainda, a necessidade de figuras para que se representasse a realidade das situações de vida dos usuários do CAPS (precariedade de situações socioeconômicas). Disseram que para a organização dos recortes no cartaz não era necessário deixar de forma alinhada, pois não é assim a realidade.

Os pontos específicos para aprofundar sobre o tema: território – as dificuldades enfrentadas, os limites e as observações quanto às possíveis mudanças na vida cotidiana dos atores envolvidos (usuários e não usuários) foram colocados para o grupo por meio das seguintes questões:

- Quais as dificuldades e os fatores limites para a realização de ações no território?
- São observadas modificações concretas na vida cotidiana dos usuários e nas formas de relacionamentos com não usuários, a partir das intervenções no território?

Os assuntos de maior relevância discutidos na sequência foram:

- Relação sociocultural com o fenômeno do adoecimento mental – desafio do serviço no território.
- Desconhecimento das propostas do serviço por parte de gestores que não estão diretamente relacionados à área da saúde mental e as consequentes dificuldades (diminuição de verbas).
- Resistência do trabalhador em sair para o território.
- Dificuldades relacionadas à infra-estrutura para o trabalho e à ausência de políticas sociais.
- Equipe: diversidade de posicionamentos entre os trabalhadores da equipe do CAPS – positividade quanto à existência de diferentes olhares, valorização da contradição e não da busca de consensos; para lidar com as dificuldades (relembra “cena do filme”), referem-se à disposição para discussão e ao auxílio da supervisão.
- Formação teórica para o trabalho territorial – construção de novas práticas no cotidiano, sem embasamento teórico suficiente – é apontado como motivo de sofrimento para o trabalhador.

- Situação de crise – tentativa de evasão do usuário; modo de intervenção e discussões da equipe como um todo em torno de contenção; diferenciação das práticas entre um serviço territorial e o hospital psiquiátrico; crise como sofrimento que se estende à rede social do usuário.
- Dificuldades são resultantes da própria construção de uma nova forma de cuidar, que envolve uma nova cultura em torno do transtorno mental e os recursos disponíveis.
- Impactos observados em decorrência do trabalho no território: circulação livre das pessoas com transtornos mentais pelo bairro; diminuição de crises e internações; fortalecimento do vínculo profissional-usuário resultante das visitas domiciliares em comparação a um atendimento em consultório; modificação na relação com a vizinhança quando houve intervenção e também na relação com os agentes comunitários de saúde; menor impacto considerando as relações sociais ampliadas no sentido de território como espaço social comum a todos – poucas ações e questionamento acerca do papel do serviço.

Foram pontuados também os seguintes aspectos: o limite entre cuidar e controlar e a resistência do trabalhador quanto às saídas para o território, o que foi contraposto por outro integrante que afirmou haver, por parte da equipe, atenção em relação a esse comportamento. Além disso, a discussão em torno da situação de crise foi marcada por um clima tenso no grupo.

Dissensos predominaram quanto à consideração acerca da resistência para a saída do profissional do CAPS e ao impacto das ações no território.

Como último ponto para a discussão, foi solicitada ao grupo a indicação de outros colaboradores (usuários e não usuários) do serviço, bem como a possibilidade de acompanhamento ao profissional em situações que considerassem territoriais, para a continuidade da coleta de dados. Para terminar a sessão, foram elencados os principais tópicos tratados e foram feitos os devidos agradecimentos pela participação dos trabalhadores.

Os vetores (Lucchese, Barros, 2007) identificados na sessão referem-se à:

- ⇒ *Cooperação*, como na sessão anterior, continuou a complementação das falas uns dos outros, havendo o agrupamento de opiniões concordantes.
- ⇒ *Pertinência*, apesar de entrarem rapidamente na tarefa proposta, houve desvio no decorrer da sessão e foi assinalado ao grupo em duas oportunidades.
- ⇒ *Comunicação*, onde predominou o modo verbal, associado à comunicação gestual em algumas ocasiões; houve a explosão de falas em determinados assuntos e ainda um momento mais tenso no confronto das opiniões.
- ⇒ *Aprendizagem*, o grupo apresentou-se reflexivo durante as discussões, com momentos de silêncio produtivo; buscou superar os obstáculos, o que foi observado pela integração de todos na discussão.
- ⇒ *Tele*, houve clima favorável para expressão de visões convergentes e divergentes em torno da temática discutida.

Observou-se a presença de liderança de forma mais equilibrada nessa sessão do que na anterior, uma liderança compartilhada, onde foi assumido o protagonismo da discussão por mais de um integrante. Também foi possível notar a emergência do papel de bode expiatório, membro depositário de ansiedades negativas do grupo, visto como aquele que impede a realização da tarefa (Lucchese, Barros, 2007). No momento de execução da atividade proposta, em torno da figura representativa de festa trazida por um integrante, houve uma reação desfavorável do grupo em relação à ênfase dada ao tema pelo trabalhador. Posteriormente, esse papel foi diluído no decorrer da dinâmica.

Comparativamente, observou-se que na segunda sessão houve de forma mais contundente a emergência de dissensos. O grupo manteve como principal característica a coesão na discussão da temática, tecendo reflexões críticas em torno do assunto.

A devolutiva para os colaboradores da pesquisa deverá ser efetuada após a sua conclusão, por meio da discussão dos resultados e a entrega de um exemplar desta tese.

4.2 TERRITÓRIO

A análise dos discursos dos trabalhadores permitiu a depreensão de temas que conformaram a categoria empírica Território. Nessa categoria, os temas centrais emergentes foram: concepções de território para o campo da saúde mental, o CAPS no território e o papel e a organização do serviço territorial, sendo este último desdobrado em vários subtemas.

4.2.1 Concepções de território

De origem latina, o termo deriva de *territorium*, junção dos termos “terri”, que significa “terra”, e “torium”, que significa “pertence a”, ou seja, “terra pertencente a”. Outra acepção da palavra é “terreo-territor”, jargão de contextos políticos, significa que há alguém que aterroriza para dominar e há quem é aterrorizado pela dominação de um determinado espaço. Mesmo não sendo consideradas totalmente confiáveis, essas origens do termo perpassam os conceitos de território que se fazem presentes no senso comum ou na ciência. As definições para território são polissêmicas, divergem de acordo com a orientação teórica dos autores e da área de conhecimento, como a Geografia, a Biologia, a Antropologia ou a Ciência Política. No contexto da saúde pública brasileira, o termo território passou a ser utilizado inicialmente com o processo da Reforma Sanitária, na implantação do SUS e acentuadamente como pressuposto básico do trabalho da ESF (Pereira, Barcellos, 2006).

No campo da saúde mental, conforme relatamos, o território na década de 1990 foi acentuadamente difundido com a experiência dos NAPS de Santos e consolidado com a expansão dos CAPS, sobretudo a partir de 2002. Desse modo, a produção bibliográfica, em torno de estudos sobre a concepção de território ou das práticas no território por parte dos trabalhadores de saúde mental, ainda é pouca e recente. Nesse sentido,

buscamos inicialmente compreender quais conceitos de território permeiam o discurso dos trabalhadores no contexto do serviço de saúde mental territorial.

O tema território, segundo os discursos, era presente na ocasião da coleta de dados, nas discussões entre a equipe como um todo em torno da questão de organização do serviço, o que trataremos adiante. Foi possível reconhecer nos discursos as concepções em torno do território: território como espaço que potencializa ações de cuidado, território como espaço de relações e o território em que estão inseridos o serviço e seus usuários.

O território como possibilidade de cuidado refere-se à compreensão de território como um potencializador de ações de cuidado à pessoa com transtorno mental:

1T4¹¹: Ai eu penso que o território é isso assim, é a possibilidade dos cuidados que a gente, que vai oferecer assim, eu vejo como uma grande possibilidade, né? É que aí o tratamento não está só dentro do CAPS.

1T5²⁰⁹: Eu acho que ele [território] é estratégico enquanto efetividade de ações pertinentes à vida das pessoas...

O território é compreendido como uma possibilidade de cuidado na medida em que permite uma prática terapêutica orientada para a criação de estratégias voltadas para a convivência e o estabelecimento de redes de afetos e de sociabilidades.

O território é efetivo porque é onde estão os recursos. Os recursos são, sobretudo, as pessoas, os trabalhadores, os familiares e a comunidade que também comporta os recursos materiais (Saraceno, 1999).

Além disso, a possibilidade de estar no ambiente de vida do indivíduo proporciona a compreensão de sua existência social, concreta e complexa, e permite estimulá-lo como sujeito ativo, dentro e fora do serviço (Quintas, 2007).

Assim, a noção presente de território nos discursos é a de um espaço potencializador das intervenções dos trabalhadores.

Outra noção presente nos discursos refere-se ao território como um espaço infinito, no sentido de não ter uma dimensão geográfica, onde se efetivam as relações sociais:

1T5¹³: Aonde quando você sai de uma unidade de saúde e você vai na unidade de relação das pessoas, que eu chamo de território isso, o espaço da relação das pessoas e esse espaço de relações perpassa a casa, a rua, o beco, a esquina, a escola, o bar, botequim... (...) Os amigos, a... o ponto de drogas.

1T5¹⁴: Então o território eu acho que ele é infinito na medida em que as pessoas se relacionam, né assim, cotidianamente com ele...

Observamos que a compreensão de território, presente nas frases temáticas descritas, vai além da dimensão de área de abrangência, sendo concordante com o que observamos na literatura sobre território no campo da saúde mental.

Conceituar o território como o lugar de vida, das relações sociais e dos recursos disponíveis permite o deslocamento de uma das questões importantes que se refere ao cuidado, o qual deixa de ser focado na doença e passa a ser orientado também para o “sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social” (Leal, Delgado, 2007, p. 144).

Ainda quanto ao viés da relação social presente na concepção de território, foi apontada nos discursos uma diferença acerca do modo como essas relações se dão, conforme a situação socioeconômica e territorial em que estão inseridas as pessoas. As frases temáticas divergem entre si, pois, comparando os bairros periféricos aos bairros mais centrais da cidade, por um lado, é considerada a perda das relações sociais em função da condição de moradia, e, por outro lado, há a defesa de que a existência da diferença nos tipos de habitação não implica na inexistência da convivência:

1T3³⁰: Acho que as grandes cidades perderam um pouco isso, a partir do momento em que você mora num apartamento, mora num bairro sei lá, mais central principalmente, você perde um pouco a relação com a vizinhança, com o teu bairro e tal.

1T5³²: É no território que as pessoas convivem, onde elas estabelecem as relações, elas convivem nesse território, então assim, se convive num apartamento, é o tipo de convivência que talvez ela não dê tanta visibilidade...

1T5³³: Num território residencial, assim periférico, tem outras formas de conviver e outros recursos...

De fato, a literatura aponta uma diferença de comunicação entre as pessoas, baseada nas condições socioeconômicas.

O conteúdo comunicacional entre as pessoas localizadas em guetos urbanos, ao ser comparado com outras regiões da cidade, é maior devido à percepção das situações pessoais ou dos grupos e também em consequência da afinidade econômica e cultural entre as pessoas (Santos, 2009a). Assim, os mais pobres teriam uma experiência ou vivência em relação à cidade diferenciada dos mais abastados, pois desenvolvem uma relação mais profunda e visceral com esse espaço urbano em decorrência do hábito da prática urbana no cotidiano (Jacques, 2008).

Desse modo, os “homens lentos”, pois desprovidos de velocidade, são os mais pobres, que ficam à margem da aceleração do mundo contemporâneo, porém são os que mais podem ver o mundo, apreender a cidade, ao contrário dos “homens velozes” que têm a mobilidade para percorrê-la e esquadrinhá-la e acabam por ver pouco (Jacques, 2008; Santos, 2009a).

A particularidade dos modos de relações entre as pessoas, de acordo com a disposição territorial, foi pontuada nos discursos, o que pode ser um fator de influência na produção das ações no território por parte dos trabalhadores de saúde mental ou compor a concepção do trabalho territorial.

As frases temáticas apontam ainda para a caracterização do território em que estão inseridos o serviço e seus usuários como uma região de acentuada condição de pobreza da cidade de Campinas:

1T3³¹: Agora nós estamos numa região da cidade, nas periferias em que isso é um pouco diferente, existe uma relação com o bairro, você sabe quais são os candidatos a vereador do bairro, você tem isso, ou seja, você vai pro centro você não tem muito claro isso.

1T5¹⁷¹: [região de localização deste CAPS] Muito pobre.

1T3¹⁷⁰: Eu acho que, se a gente comparar de fato com a inserção dos outros CAPS na cidade, não, vamos fazer essa comparação que é mais simples aqui em Campinas, do local onde os outros CAPS estão inseridos nós estamos sem sombra de dúvidas numa região que é cem por cento dependente do SUS...

2T5¹³: Sabe, eu queria Notícias Populares, recorte de jornais [comentário na atividade realizada] que tivessem as casas mais, aonde realmente a gente vai, casas mais simples, pessoas mais simples...

A localização do CAPS, em uma região de maior vulnerabilidade econômica e social, foi também confirmada no discurso de um dos informantes no início da coleta de dados. E a condição de pobreza significa, na fala, a dependência do SUS, aspecto discutido adiante.

O destino dos pobres é morar na periferia das grandes cidades (Santos, 2007) e assim, ao olhar para o lugar onde as pessoas vivem o seu cotidiano, é possível identificar o lado perverso e excludente da globalização “em especial quando os lugares ficam nas áreas pobres do mundo” (Ribeiro, 2002, s/p).

Ocupar as bordas das cidades não é um fenômeno natural, é resultado da desigualdade, produto do “urbanismo da apartação”, o qual determina a sobrevivência dos pobres para as “franjas da cidade”, lugares que na verdade não são cidades, onde não há a presença de um Estado legitimador dos direitos sociais (Campos, Mishima, 2005).

A condição concreta das pessoas em situação de precariedade social, sobretudo daquelas localizadas nas áreas periféricas da cidade, é muitas vezes a de privação, que pode ser traduzida em condições de existência marcadas por dificuldades materiais, afetivas, emocionais e de relações (Figueiredo, 2006).

É possível, então, estabelecer uma relação entre o território, a condição socioeconômica e os transtornos mentais. A relação entre a condição de pobreza e os transtornos mentais é complexa e multidimensional. As condições associadas à pobreza e à fragilidade dos vínculos societários, como o desemprego, a privação, o desabrigo, o baixo nível de instrução, contribuem para a manifestação dos transtornos mentais, estabelecendo uma relação que pode ser visualizada por dois pontos de vista. O primeiro refere-se ao *mecanismo causal*, ou seja, à maior suscetibilidade das pessoas pobres. O segundo refere-se à *teoria do empobrecimento*, conforme a qual, devido à desvinculação do mercado de trabalho, é agravada ainda mais a condição de pobreza. Tal situação também afeta uma minoria considerável nos países mais desenvolvidos (OMS, 2002).

Na realização da observação de uma das atividades de intervenção no território, em que foi possível conhecer uma parte da região de abrangência do serviço, constatou-se uma relação entre a condição social e a presença em algumas residências de mais de um familiar em tratamento no CAPS.

Os riscos genéticos fazem parte do complexo de fatores que envolvem o desenvolvimento do transtorno mental. Mas, por si só, não é relevante, não determina o adoecimento e não significa a causa, pois a condição social é tão importante quanto os fatores biológicos. Desse modo, a qualidade do ambiente social em que uma pessoa vive pode estar relacionada ao risco que ela apresenta de sofrer de uma doença mental, ser ainda um desencadeador da mesma e uma das probabilidades de cronificação do quadro. Os efeitos causados pelo impacto cumulativo da pobreza são continuados sobre o funcionamento físico, cognitivo, psicológico e social dos indivíduos (Thornicroft, Tansella, 2010).

É esse o cenário onde está presente o serviço: um território compreendido como possibilidades de cuidado para além dos limites da instituição e um espaço de relações imensurável, noções coerentes com o que está referenciado na literatura.

E, ainda, compreendem que o território em que atuam é singularmente marcado pelas desigualdades sociais e com uma população alvo vitimada não somente pelo transtorno mental, mas, sobretudo, pela condição de pobreza.

4.2.2 O CAPS no território

O cotidiano é o lócus da prática, onde são aplicados de forma continuada e repetitiva os determinados campos de conhecimento acumulados, os quais necessitaram de inventividade e reflexão em sua origem e difusão e, posteriormente, atualizaram-se em repetições automatizadas (Mesquita, 1995). Nesse sentido, inferimos a possibilidade de

que as ações territoriais se tornem habituais nos CAPS, pois são elas que fornecem o sentido para o trabalho cotidiano do serviço, uma vez que:

Se a noção de território é tomada como uma idéia viva, processual, dinâmica, que deve atravessar o próprio CAPS, torna-se possível apostar que as atividades realizadas dentro do CAPS ganham sentido porque estão articuladas com a vida fora do CAPS. A dicotomia dentro/fora fica relativizada (Leal, Goldinho, 2007, p. 150).

É nessa direção que os discursos apontam a importância das ações que são desenvolvidas no território para o cotidiano do serviço:

1T1¹⁹⁹: [importância das intervenções territoriais] Faz parte do dia-a-dia.

1T3²⁰⁵: O cotidiano da relação com o território tá muito dado o tempo todo assim, é muito forte, é muito importante.

1T5⁵²: Acho que não dá pra pensar CAPS sem pensar ações estratégicas.

Pode ser compreendido por meio das frases temáticas que o projeto institucional contempla como uma de suas diretrizes o trabalho no território:

1T3²⁰⁰: Hoje a gente não consegue ter um outro desenho se não a relação com o território...

1T1²⁰¹: Já faz parte do projeto, você tem que ir, se você não trabalhar no território você não consegue...

1T3²⁰⁷: Não tem como não trabalhar dessa maneira.

Os discursos indicam o funcionamento do serviço, pautado pela relação com o território, como o significado atribuído para as ações no cotidiano de trabalho do CAPS. Este é um contraponto que encontramos na literatura, as poucas ou incipientes inserções que os serviços apresentam no território (Sales, Dimenstein, 2009; Dimenstein et al., 2009) são compreendidas como atividades extras, que não são parte do trabalho desenvolvido cotidianamente (Nascimento, Galvanese, 2009).

Desse modo, as frases indicam que, se o trabalho não for realizado com este direcionamento, não se exerce o papel de um serviço territorial e sim de uma instituição psiquiátrica, como pode ser constatado abaixo:

1T5¹⁵⁷: Eu entendo que estar no território é um grande recurso, sem ele eu acho que perde o sentido, porque se não você está... volta pro hospital, um único espaço, um único lugar, sem troca nenhuma...

1T1²⁰⁸: Porque se você não trabalhar com território, não fizer isso, você vai trabalhar que nem os hospitais psiquiátricos, fica idêntico, porque você fica só fechado aqui dentro, né? Quando você abre pro território é diferente porque, se você só fica fechado, passa a ser hospital.

1T5¹⁵: Então acho que um serviço, uma unidade de saúde que acaba não atuando nesse espaço, nessa multiplicidade de relações, ele acaba pecando porque de novo você acaba lidando com o sofrimento do louco lidando apenas sobre ele como se o todo, as relações que estão estabelecidas não influenciassem, não interferissem, não compusessem condutas, comportamento, situações, vivências, enfim...

A compreensão expressa nos discursos é a de que as ações no território são o divisor, a diferença fundamental entre o CAPS e o hospital psiquiátrico. Por esse ângulo, não basta a existência do serviço territorial se o mesmo não promove intervenções nos espaços de vida das pessoas, pois é ali que o sofrimento está implicado.

Diferentemente da crença de que o isolamento, o afastamento de relações sociais, da pessoa com transtorno mental, contribui para a sua recuperação, o que é herança do Tratamento Moral instituído por Pinel no século XVIII – o qual implica numa concepção de doença voltada exclusivamente para as condições mentais, orgânicas, refletidas no comportamento do indivíduo - a fala anterior (1T5¹⁵) remete a uma leitura atual da dinâmica psicopatológica que se associa com a compreensão da importância do território para as ações do CAPS.

Como consequência da compreensão de uma psicopatologia como identificação e centralidade dos sintomas, as alterações psíquicas são valorizadas em detrimento da inclusão desse indivíduo no mundo e, assim, separam-se ações de tratamento e de reabilitação. Contrariamente a essa concepção, o discurso está em concordância com uma compreensão acerca do processo de saúde e doença mental baseado em uma psicopatologia que busca aproximar ações de reabilitação às experiências vividas pelas pessoas, compreendendo a disfunção social não como um sintoma do transtorno mental, mas sim uma consequência do adoecimento (Leal, 2007).

Um dos aspectos que caracteriza o processo de desinstitucionalização e, portanto, de mudança de modelo de atenção, é a orientação do trabalho terapêutico para o enriquecimento da existência global, complexa e concreta das pessoas com transtornos mentais. Nesse sentido, impõe-se a passagem do manicômio como o lugar zero dos intercâmbios sociais para onde é possível haver a multiplicidade extrema das relações sociais, ou seja, no território (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001).

A presença da instituição psiquiátrica hospitalar na rede de atenção à saúde mental, não mais com o status dos antigos manicômios, ainda que formatada por propostas de transformação e modernização, mantém como essência o fato de ser “lugar zero das trocas sociais”.

Concordamos com Silva (2007) acerca da contradição vivenciada na atualidade com a presença dessas instituições junto aos serviços comunitários, visto que em seu espaço estrutural está representada a sua historicidade, determinada pelo tempo, pela cultura e pela ideologia, a qual “tem se ocupado da função de segregar e excluir, destituindo o sujeito de sua subjetividade, da autonomia e da vida banal, cotidiana e concreta em sociedade” (p. 110).

Dessa forma, está implícito nas falas que a mudança de modelo de atenção se processa e é representada pelas ações do serviço em seu entorno, mais do que em seu interior, ou, conforme apontado, o sentido do trabalho cotidiano do CAPS é dado pelas ações no território, o que o diferencia de um hospital psiquiátrico e permite uma outra compreensão da pessoa portadora de transtorno mental.

Conforme dissemos anteriormente, o CAPS é por definição um serviço aberto, de base comunitária e territorial, articulador estratégico da rede de atenção à saúde mental. Baseado numa acepção de território para além de área geográfica, tem como função ser um substitutivo às internações nos hospitais psiquiátricos ao prestar atendimento clínico diário, promover a inclusão social das pessoas acometidas por transtornos mentais, dar suporte à rede básica nas ações em saúde mental, entre outras atribuições (Brasil, 2004a).

Para atuar segundo estas premissas, os trabalhadores do CAPS necessitam conhecer o território no qual está localizado o serviço. Por isso, buscando inserir-se nesse espaço, o conhecimento ultrapassa a perspectiva geográfica, pois “não bastam os mapas e as estatísticas: o território só adquire verdadeira realidade aos olhos dos trabalhadores de saúde quando transitam por ele” e, assim, entram em contato com a sua configuração compreendida pelas ruas, pelo cotidiano, o que torna possível visualizar as potencialidades de uma dada região (Lobosque, Souza, 2006, p. 42).

Nessa direção, as frases indicaram a importância de conhecer o território em que estão inseridos, os seus recursos e os espaços por onde as pessoas circulam:

1T2⁶: É, pela política do Ministério aí, dos Programas de Saúde da Família, é em cima do território, é conhecer a população, é conhecer os serviços que tem naquele território né? Não só serviço de saúde, mas serviços que tem naquele local, área de lazer...

1T3²⁸: Mas eu fiquei pensando aqui se talvez a gente não devesse tentar ter uma relação de vizinhança sabe? Uma coisa de não ser o serviço de saúde, ser uma família que mora aqui, é, então, é isso, como é que a gente vai conhecer o território, que ofertas ele tem em todos os sentidos, né? Sei lá, preciso de pão, qual é a padaria da região, qual é o... Preciso de um açougue, preciso de uma consulta... sei lá, alguém que tá passando necessidade precisamos tentar uma cesta básica...

1T3²⁹: Acho que a ideia de pensar o território deveria ser essa, a partir desse princípio, que é conhecer profundamente o território em que você está inserido pra poder dar conta dessa... disso que os pacientes estão vivendo.

2T5⁷: [comentário sobre a figura na segunda sessão do grupo focal] A gente tá na rua, a gente usa o telefone pra entrar em contato, a gente usa a rua, o asfalto, o espaço do asfalto, as relações na rua e na verdade a tentativa de empoderamento como quando tem aqui “churrasco de confraternização” [figura] as pessoas na rua então foi isso que eu pensei...

Conhecer o território significa saber utilizar os seus recursos a fim de fornecer respostas mais adequadas e individualizadas aos usuários.

Isso significa dizer “raciocinar com os pés”, ou seja, é com os pés que se pode conhecer de fato o contexto e o cotidiano das pessoas, atravessando em comprimento e largura a comunidade, fora da instituição e dentro do “laboratório da vida”. Somente por meio desse raciocínio é que se pode compreender como se criam e produzem as relações, os sofrimentos e

a saúde, pois o território são as pessoas, as histórias dos homens e não um espaço físico (Venturini, 2010).

O mapeamento dos recursos do território pode ser uma estratégia importante para o serviço. No sentido da localização geográfica, busca-se identificar as instituições comunitárias, as igrejas, as escolas e seus projetos, as associações governamentais e não governamentais, os projetos direcionados para a terceira idade, instituições voltadas para a realização de projetos culturais, espaços de lazer e de atividades esportivas, associações de bairro, grupos de auto-ajuda, enfim, cenários que possam ser utilizados conjugando as necessidades dos usuários ao que está disponível no seu contexto.

É expresso nos discursos que o serviço, ao ampliar as possibilidades de relações no território, busca também fazer com que a comunidade se aproprie de recursos comunitários. Como consequência, a comunidade toma o CAPS como uma dessas possibilidades, havendo uma permeabilidade:

1T5³⁵: Você acaba percebendo potencialidades, espaços que estão não sendo tão utilizados ou então, assim, que têm grande potência, que você pode fazer com que a comunidade assuma, tenha uma outra postura sobre determinados espaços, né? Assim... e se estabeleça uma outra forma de conviver...

1T4³⁷: E tem a mão contrária também porque o CAPS passa também a ser conhecido e passa a ser uma possibilidade também pra comunidade.

As frases indicam coerência em relação ao que se espera de um serviço de saúde mental, que nada mais é do que um conjunto de lugares que se comunicam e de recursos intercambiáveis, os quais estão à disposição dos usuários em um determinado lugar. O serviço de qualidade é aquele que permite uma alta integração entre o que está dentro e o que está fora, há uma permeabilidade dinâmica e prevalente dos saberes e dos recursos, “direcionada às necessidades dos usuários e não às do serviço” (Saraceno, 1999, p. 97).

Um bom critério de avaliação de um serviço refere-se à sua capacidade de encontrar e utilizar os recursos que estão fora dos seus próprios muros. A busca pelos lugares e seus recursos é indicador da transformação do serviço (Rotelli, 1994).

Enfim, o serviço territorial requer em sua prática a permeabilidade, a construção de alianças, a conexão, a implicação nos conflitos, a articulação de alternativas para os usuários, construídas conjuntamente como respostas para as suas demandas. Para isso, deve-se constituir concomitantemente “em espaço de referência e desenvolver/potencializar no território momentos de garantia, redes de relações, de possibilidades, de sustentação e de tutela” (Nicácio, 1994, p. 96).

Conforme desvelados nas frases temáticas, inicialmente os deveres do CAPS, no que tange ao território, são conhecer os recursos presentes e possibilitar a apropriação dos mesmos por parte da comunidade, ou seja, estar integrado ao território de modo a permitir a permeabilidade interna e externa. São tarefas que vão ao encontro de premissas da Reabilitação Psicossocial.

Na vertente marxista, necessidade significa aquilo que precisa ser satisfeito em função da continuidade da vida. A satisfação das necessidades encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho. Pelo fato de a distribuição e o consumo dos produtos do processo de trabalho serem desiguais, as necessidades não são naturais ou iguais (Campos, Mishima, 2005).

As necessidades de saúde estão situadas no nível das necessidades sociais mais gerais, as quais, apesar de serem determinadas histórica e socialmente, são apreendidas em sua dimensão individual e revelam a relação dialética entre o individual e o social (Silva, Pinheiro, Machado, 2003).

No campo da saúde, o conceito de necessidades se configura como objeto dos processos de trabalho na área. O atendimento às necessidades de saúde implica em compreender que o objeto do processo de trabalho são as necessidades dos indivíduos de diversas classes sociais, situados em um determinado território e é preciso que as políticas públicas estejam na direção dos direitos dos usuários de serviços de saúde. Em outras palavras: as respostas às necessidades de saúde estão localizadas nas raízes dos determinantes do processo saúde-doença. Para isso, os processos de

trabalho dos serviços de saúde devem estar direcionados na perspectiva intersetorial (Campos, Bataiero, 2007).

Necessidade e demanda são categorias diferentes. As demandas sociais por saúde representam determinadas carências, compartilhadas e influenciadas pelos valores de grupo. Já as necessidades de saúde expressam as carências dos indivíduos e simultaneamente também da coletividade (Silva, Pinheiro, Machado, 2003). Assim, as demandas de saúde não significam as necessidades das pessoas, porém as expressam.

Com a portaria 336/2002, os CAPS passaram a ser responsáveis pela organização da demanda e da rede de cuidados da saúde mental no âmbito de seu território (Brasil, 2004b).

Desse modo, como organizador e gerenciador, o serviço territorial deve garantir o acesso e a continuidade no atendimento, orientando suas ações pelas demandas dos usuários. Diferentemente da lógica de demanda espontânea e capacidade, a cobertura assistencial e a referência domiciliar são noções indispensáveis para tornar o serviço territorial como referência para a população. Essas, na verdade, são diretrizes da tomada de responsabilidade do serviço pelo território (Silva, 2004).

Constatamos que, nos discursos, as demandas e as necessidades das pessoas no território são premissas para a proposição das ações:

2T5³⁶: Ele tem que tá no território até pra saber as necessidades dele...

2T5³⁸: Na verdade é você conhecer as necessidades das pessoas, as demandas que essas pessoas apresentam, acho que estar no território é justamente isso...

1T5²³⁹: A demanda está aí, na verdade acho que é olhar pra demanda, pra necessidade e a gente construir as ações...

1T5²⁴³: Muitas das vezes a gente não enxerga que demanda é essa porque se você fica ilhado, porque na verdade uma instituição é uma ilha, vamos dizer assim, não consegue sair, quando a gente faz o inverso é isso que a gente constrói, a gente enxerga essa demanda, as necessidades e busca as respostas, a gente tá acertando muitas, mas a gente pode errar nas respostas, mas esse percurso, ele é fundamental de ser feito porque se não é puro engodo...

Para conhecer as necessidades, é preciso ultrapassar os muros do CAPS e ir ao encontro do que é real na vida das pessoas, ao contrário de permanecer ensimesmado no serviço, pois é principalmente fora da

instituição que se delineia o cotidiano dos usuários, composto por suas relações, pelos espaços por onde circulam, por seus afazeres e várias outras coisas. É ali que as respostas às necessidades devem ser contempladas.

Ter o território como norteador das práticas em saúde possibilita que a escuta das necessidades tenha o potencial de ampliação das capacidades e possibilidades de intervenção, sendo mais efetiva do que a atenção dada àqueles que procuram os serviços de saúde – o atendimento à demanda. (Silva, Pinheiro, Machado, 2003).

Do mesmo modo, as frases temáticas sinalizam a importância da aproximação da realidade do usuário, visto que a escuta no território permite o aumento da potencialidade das práticas em saúde mental:

1T5²⁴⁰: Quando a gente pega e começa a olhar pro território, conhece nossos usuários efetivamente aonde que eles circulam, aonde eles convivem, as relações que eles estabelecem, aí fica muito claro que ações que a gente precisa estar fazendo, ou que parceiro a gente precisa ir buscar e aí parceiros podem ser institucionais ou não, moradores ou não, podem ser os governamentais ou não, pode ser o comércio...

1T1²⁴: Quando você sai, você conhece ele [o usuário], você sabe quais são os desejos, aquilo que ele gosta, então você tem uma linha de cuidados diferentes, você vai trabalhar em cima daquilo que ele gosta...

1T1¹⁵⁰: Quando a gente conhece o território e a gente, tem muitas coisas que a gente fala assim, “aí acho que pra aquela pessoa é bom”, é o meu desejo, né? Às vezes o meu desejo, ele, eu quero fazer algo pra aquela pessoa, mas às vezes não é aquilo que eu quero, a gente vai, a gente vai conhecer a vida, conhecer o território, a gente vê que é outra coisa, então eu acho que cada situação é uma situação.

1T4²¹: Não é impressionante como a nossa relação com eles e como a gente passa a pensar diferente até no projeto terapêutico quando você sai com eles do CAPS... (...) muda completamente assim...

Os dois fatores observados nos discursos - a singularidade das necessidades e a importância dos desejos dos usuários - são importantes facilitadores para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS). O PTS, anteriormente denominado de Projeto Terapêutico Individual (PTI), é uma ferramenta fundamental para o trabalho em saúde. Consiste em um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para uma pessoa, ou para sua família, que resulta de uma discussão de equipe multidisciplinar e busca

um atendimento de forma integral. É negociada com o usuário a definição de metas e de responsabilidades, sendo um processo reavaliado continuamente para proceder às mudanças necessárias. Alguns dos aspectos importantes para proposição de um PTS são: compreender o sentido da doença para aquele usuário, conhecer as singularidades do sujeito, sua dinâmica e características, suas potencialidades e os seus desejos e projetos (Brasil, 2007b).

No entanto, desejo difere de necessidade. As necessidades são situadas, por um lado, entre os desejos e, por outro, entre as carências. Desejos são compreendidos num âmbito individual, podendo ser inconscientes e não serem totalmente verbalizados. Por sua vez, carências são abstrações, trata-se de algo “típico” quando se fala de carências ou necessidades sociopolíticas. Os desejos expressam nossa relação psicológico-emocional e subjetiva com as necessidades, e as carências representam um tipo de necessidade que a sociedade atribui aos indivíduos. Trata-se então de três aspectos do sistema de necessidades: as necessidades propriamente ditas, os desejos como uma relação subjetivo-psicológica com as necessidades e as carências, a relação social atributiva com as necessidades (Heller, 1992 apud Granjo, 2000, p. 99).

Necessidades, desejos e demandas dos usuários, nas falas temáticas, não apresentam diferenciação, sendo aspectos considerados sinônimos, quando à luz da literatura não o são.

Por outro lado, conforme o discurso abaixo, as necessidades das pessoas em decorrência das condições sociais, constituem um dos motivos de aproximação do serviço ao território:

1T3¹⁷³: Necessidade, nós não precisamos sair correndo atrás, ela tá batendo aqui na nossa porta, estar num território, estar num território bastante pobre, bastante pobre de recursos no geral faz um sentido muito grande pra que essa relação se dê dessa forma...

A fala é coerente com o fato de que as necessidades de saúde são, na verdade, necessidades de reprodução social, as quais, não sendo naturais ou gerais, são necessidades de classe. Tais necessidades diferenciam-se nos diversos grupos sociais em decorrência da posição

ocupada na divisão social do trabalho, determinando as variações nas formas de viver (Campos, Mishima, 2005).

O território em que se encontra o serviço e seus usuários, compreendido como de extrema precariedade social, sendo definido como “cem por cento SUS” nos discursos, é o motivo atribuído à relação que é estabelecida entre os trabalhadores de saúde mental desse CAPS e os usuários no território.

4.2.3 O papel e a organização do serviço territorial

Os discursos acerca do papel e da organização do CAPS foram analisados sob os seguintes subtemas: equipes de referência, porta aberta e a atenção à crise no território, o uso dos leitos no serviço territorial, o trabalho em rede, o trabalho em equipe no serviço territorial, a formação e a postura dos trabalhadores de saúde mental no território e, por fim, o desafio do trabalho no território: a cultura manicomial. Tais aspectos do papel do CAPS no território também refletem as concepções dos trabalhadores acerca de um serviço de saúde mental de base territorial.

Para a efetivação de intervenções no território, o serviço deve prescindir de uma organização tal que permita, facilite e oriente o seu modo de ação. Nas organizações contemporâneas, são identificados alguns tipos de lógica para a divisão de responsabilidades, como as ordenações por clientela a ser atendida, por etapa do processo de trabalho ou pela função dentro de cada área da empresa e, ainda, de acordo com o território onde o trabalho se realiza (Campos, Domitti, 2007).

Os CAPS, a partir da Portaria 336/2002, devem estar fundamentados pela “lógica do território”, através da qual é possível a criação de vínculos com os familiares, amigos e vizinhos residentes na sua área geográfica de abrangência, buscando a proposição de parcerias no projeto terapêutico do usuário, em detrimento da “lógica da capacidade”, a qual aponta para o serviço o objetivo de acolher o maior número de pessoas (Armaroli, 2009).

Constatamos que a “lógica da territorialidade” se faz presente na organização do serviço estudado. No momento da coleta de dados, havia uma discussão e um funcionamento recentes, a partir da reorganização da equipe em mini-equipes de acordo com a área de abrangência das unidades de saúde, que são cinco, para as quais o CAPS é referência e realiza o matriciamento. A equipe foi subdividida em quatro mini-equipes, e uma delas acompanha duas das unidades com menor demanda populacional. Assim, a temática sobre a organização do serviço está ilustrada nas falas:

1T3²: É... recentemente, acho que vale o registro, a nossa equipe fez boas discussões a respeito disso, pensando de fato trabalhar mais voltada pro território em divisões...

1T3³: Nós somos um serviço de referência para cinco unidades de saúde, temos quatro mini-equipes aqui dentro, pensamos numa organização em que essas mini-equipes estejam voltadas especificamente pra algum território específico, territórios de referência...

1T3⁴: Até então esses cinco anos de CAPS a gente não tinha isso muito claro, o CAPS serve a todo o território, todas as equipes servem a todos...

1T3⁵: Pensando em trabalhar mais especificamente pra de fato, é... de fato parece que é mais interessante...

1T1⁷: A gente sempre trabalhou com território, né? Mas foi um território abrangente...

1T3⁸: Que antes o CAPS não conhecia o seu território, não conhecia...

1T4⁹: Eu acho que nessa coisa de definir o território entre as mini-equipes talvez facilite mais a nossa organização também...

Equipe de referência, assim como técnico de referência ou apoio matricial, é um dos vários arranjos e dispositivos institucionais que visam a garantir aos novos equipamentos de saúde uma efetiva ruptura com o paradigma anterior, pautado na cultura manicomial. Os esforços são direcionados no sentido de seguir os princípios éticos da Reforma Psiquiátrica, colocados para os serviços substitutos em saúde mental, como os CAPS, além de outros serviços como as Oficinas de Trabalho e os Centros de Convivência (Furtado, Miranda, 2006).

Nessa direção, a equipe de referência ou o técnico de referência são os responsáveis pela condução de cada caso, seja ele individual ou familiar,

com o objetivo de ampliar a construção do vínculo entre o usuário e o trabalhador para resgatar o compromisso com a pessoa, a partir do reconhecimento da complexidade de seu adoecer e do seu projeto terapêutico (Campos, Domitti, 2007; Brasil, 2007a).

Os discursos apontam para uma organização do serviço respaldada pela literatura e potencializadora da aproximação ao território, que é o modo de operacionalização dos CAPS proposto pelas diretrizes políticas.

A divisão da equipe do CAPS em mini-equipes de referência produziu a reorganização entre os técnicos de referência e também na triagem dos usuários, que passou a ser orientada pela localização de moradia dos mesmos, conforme as frases:

1T2²⁶: Então já começamos a rastrear primeiro, ser direcionada pela área de abrangência e agora a gente tá discutindo as referências e aos poucos vão começar assim a ser daquele território mesmo...

1T3⁴³: A partir desse ano, uma discussão desse ano é que de alguns meses pra cá ela tá mais formal pra dentro do CAPS, então agora os pacientes triados aqui no CAPS já são direcionados pensando no território...

1T4¹⁰: Acho que talvez até por essa nova configuração talvez a gente consiga se organizar melhor no trabalho mesmo no território, assim, a gente consegue estar mais no território...

É interessante notar que o aprimoramento na organização do serviço pela lógica do território ocorre após cinco anos de existência do CAPS, período em que outras ações no território, como o apoio matricial, já estavam presentes no serviço, porém, após discussões em equipe, foi firmada a nova proposta. Nos discursos notamos a presença de uma avaliação positiva e a afirmação de que esse percurso pode vir a ser um facilitador para aprofundar a inserção dos trabalhadores no território.

Constatamos, assim, que o trabalho voltado à territorialidade é um processo que vai se delineando pouco a pouco no cotidiano. Mesmo que as diretrizes estejam postas, as ações se dão por meio de experimentações e tentativas. Os trabalhadores vão atuando sobre a base da possibilidade, ou seja, entre as suas ações e as consequências delas há uma relação objetiva de probabilidade (Heller, 2004). Assim, a reorganização do serviço, continuamente pautada pela lógica do território, apresenta como

probabilidade um melhor desenvolvimento do trabalho em sua natureza territorial.

Contrapondo-se a instituição psiquiátrica, os CAPS devem se organizar para serem serviços de “portas abertas”. Tomando como proposição a desinstitucionalização italiana, a “porta aberta” é uma diretriz dos serviços comunitários, territoriais e coletivos e faz parte da estratégia de produção de cuidado que busca romper com a instituição asilar. Essa noção se configurou como fundamento para a experiência santista de desinstitucionalização (Nicácio, Campos, 2005).

As portas abertas apresentam um significado emblemático dos cuidados que se baseiam na liberdade em oposição ao isolamento como fundamento do modelo de atenção psiquiátrico tradicional. Desse modo, a expressão “porta aberta” “é difícil de ser codificada porque não o é por definição, é a construção de uma cultura, de uma forma de trabalho que requer elasticidade, flexibilidade, disponibilidade para as transformações” (Nicácio, p. 198, 1994), ou seja, envolve as relações entre os diversos atores inseridos no contexto: usuários, familiares, trabalhadores, vizinhança.

A dimensão concreta do objeto “porta” é acompanhada do aspecto simbólico, em que o cuidado é baseado no direito à liberdade e na premissa de que o usuário pode se responsabilizar pelo seu próprio tratamento. Nesse sentido, introduz como princípio geral a negociação, o estabelecimento de contratos com o usuário (Guljor, 2003).

A visão em torno do CAPS como um serviço de porta aberta foi elaborada por meio da montagem de recorte e colagem utilizada na dinâmica, conforme a crônica da segunda sessão do grupo focal, e pode ser também constatada pelas falas:

2T5¹: [comentário sobre a figura] Olha, eu peguei isso daqui, como CAPS, como não achei casa de portas abertas, pensei numa casa de portas abertas, queria uma porta, mas não achei, de braços abertos...

2T3³⁰: Um serviço que precisa estar disponível ao território como a P5 falou ali, de portas abertas enfim, não faz sentido ser territorial se não tiver disponível (...) nos bons e nos maus momentos...

2T5³³: Um serviço no território, acho que tem que estar de portas abertas, acho que o CAPS é isso.

2T5³⁴: Ele é um equipamento que realmente foi criado pra isso [estar de portas abertas], a gente consegue entender isso, 24 horas, 7 dias por semana...

Vale ressaltar que na análise dos discursos dos usuários não foi identificado o tema território. No entanto, ao falarem sobre o CAPS, observa-se que o mesmo apresenta concepções de disponibilidade, de abertura e ainda de apoio:

4U35: Não lembro de uma coisa mal do CAPS, eu lembro de um lugar assim, que é tipo assim, a porta tá aberta...

4U36: É igual pegar uma pessoa e querer levar uma pessoa pra igreja ou internar aqui no CAPS, não interna, não adianta, se eu não quiser, o portão tá aberto, posso ir embora, na igreja é a mesma coisa, não é? Só vai quem quer...

4U39: Que nem o CAPS aqui, ele é pequeno, só que ele tem força, porque não é só concentrado aqui, tem diversos CAPS, é como se fosse moradias, né?

4U6: O CAPS assim eu analiso que ele é um lugar de um centro de apoio...

4U41: É como se fosse uma casa de apoio, entendeu? Você chega cedo, toma café, almoça, à tarde toma um lanche e à noite você vai pra casa, o portão tá aberto pra você...

Dessa forma, a representação do serviço de base territorial para os usuários é coerente com as falas dos trabalhadores, nas quais a porta aberta significa a disponibilidade do serviço no território e a liberdade para o usuário. Os discursos são concordantes com as determinações políticas que, por sua vez, reproduzem os ideais pautados pelo processo da Reforma Psiquiátrica, como o cuidar em liberdade.

A abertura do serviço ao território deve ser entendida como a possibilidade e o compromisso de identificar: os processos de produção de demanda psiquiátrica, os caminhos institucionais percorridos pela sua população alvo, os mecanismos que produzem a desassistência e o abandono. Além disso, deve acompanhar o usuário nos seus contextos de relações, fazer o reconhecimento dos recursos, não apenas comunitários, mas também institucionais, com o objetivo de produzir outras respostas ao sofrimento psíquico e social e promover novas possibilidades de vida (Nicácio, Campos, 2005).

Mas, em termos concretos, como é a porta aberta do serviço? Essa mesma porta serve a todos os usuários? Quanto a este aspecto, nas anotações do diário de campo, constata-se a observação em torno da estruturação física do serviço: presença de grades em algumas janelas no andar térreo e a presença do porteiro, com a função de mediar a entrada e a saída das pessoas. Na análise dos discursos em torno desse tema, foi possível apreender que a porta aberta é relativa, pois nem sempre significa a liberdade, como indicam os discursos ao se referirem às figuras utilizadas na confecção do cartaz, acerca da concepção em torno do CAPS, pois os trabalhadores associaram “porta” à tentativa de evasão do usuário:

2T4²⁰: Então, foi por isso que eu recortei essa aí, essa frase aqui ó: “entre e fique à vontade”...

2T5²¹: Só que tem um “saia e fique à vontade”, né? Cadê o “saia e fique à vontade”?

2T4²²: No momento que a pessoa entra e fica à vontade, significa que ela vai poder sair também, né?

2T5²³: Será?

2T3²⁴: Falta o [usuário que tentou evasão no dia]!!!

2T1²⁵: Não, o [usuário] não tá contando.

2T5²⁶: O [usuário] é isso aqui contra a vontade.

Talvez o símbolo mais apropriado a ser utilizado em uma situação de crise, em vez de portas abertas, seja o de portas giratórias, não no sentido da lógica do *revolving-door*, que significa o processo de reinternações nas instituições psiquiátricas, ou seja, um mecanismo de diminuição no período das internações e aumento complementar de altas e recidivas (Rotelli, Leonardis, Mauri, 2001), mas sim no sentido de que a porta giratória, de acordo com a intensidade da pressão e do movimento, é capaz de expulsão e de inclusão, de prender e de lançar para fora. A porta permanece em prontidão e é por isso que gira continuamente sobre si mesma, preparada para prender e também capaz de conter, como nas situações de cuidado intensivo, mas também de relançar imediatamente para fora, no território, onde o cuidado continua (De Vita, Martini, 2008).

A porta aberta representa a liberdade que somente é terapêutica quando significa não deixar as pessoas sozinhas, pois é preciso estar junto aos demais para ser livre. Desse modo se dá o cuidado em liberdade (Rotelli, 2008).

Mas o cuidar em liberdade e basear as ações no mecanismo de portas abertas é um processo que resulta não apenas na concretude do acesso ao serviço, mas se expressa na forma de relação entre os atores envolvidos. Assim, o trabalhador enquanto instituição foi representado simbolicamente pela figura da moça de braços abertos em frente a uma casa, e pode ser comprovado pelas falas:

2T5¹⁹: [comentário sobre a figura] Porque eu acho que isso aqui representa muito o CAPS sabe, se a gente não é, a gente deve ser (riso) (...) sempre de braços abertos...

2T5³⁵: Estar de portas abertas é uma construção, uma construção tanto interna porque não é só abrir as portas é abrir a porta e deixar também o sofrimento abandonado não é essa a questão, então é abrir as portas e que as pessoas fiquem a vontade...

2T5³⁹: Na verdade, você conhecer, estar muito próximo, você estar disponível, de você ser acessível, só que são coisas que a gente tá construindo, não estão prontas, não são dadas, mas que está se construindo...

De fato, abrir-se ao outro e ao seu sofrimento é a construção necessária para a atuação nos CAPS, o que significa, conforme nos traz Basaglia (1983) apud Nicácio e Campos (2005, p. 44-45), não apenas abrir as portas da instituição, mas abrir a cabeça frente ao “doente”. Assim, o autor, em conversa com um colega inglês, define o sentido de instituição como sendo nós mesmos: “eu comecei a entender que todos os discursos que nós fazíamos, naquele momento, eram discursos que abriam ou fechavam essa instituição que éramos nós dois”.

Desse modo, as práticas territoriais nos CAPS estão ainda em construção, pois é algo que depende de mudança de postura frente ao sofrimento e isso não é um processo simples, dado que muitas vezes a formação dos trabalhadores foi direcionada para atuação em um modelo psiquiátrico tradicional, aspecto que será tratado adiante.

Os questionamentos revelados nas frases temáticas, em torno do significado do CAPS como um serviço de porta aberta a todos, está relacionado ao enfrentamento das situações de crise no território, para as quais o serviço deve também apresentar uma organização que responda a tais situações.

Os CAPS III devem compor a rede de atenção à saúde mental nos municípios com mais de duzentos mil habitantes e cada um deve possuir cinco leitos, oferecer acolhimento noturno no período máximo de sete dias, ter previsão para o atendimento de quatrocentas e cinquenta pessoas por mês e a equipe deve contar com, no mínimo, dezesseis profissionais dos níveis médio e superior (Brasil, 2005).

O funcionamento desses serviços ainda é uma realidade escassa em muitas regiões do país. A expansão dos serviços territoriais mais específicos (CAPS III, CAPS ad e CAPS i) constitui-se um desafio tanto pelo aumento quantitativo, quanto pela garantia da qualidade do atendimento como serviços abertos territoriais de atenção diária. Soma-se a isso o fato do CAPS III, por exemplo, enfrentar a questão cultural em torno da crença na necessidade da manutenção do hospital psiquiátrico para as demandas de crise (Brasil, 2007).

Dessa forma, dado ao número de CAPS III em funcionamento no país, aproximadamente quarenta e oito, a atenção à crise é caracterizada por um vazio assistencial que adquire visibilidade social e torna-se fonte de críticas por parte da psiquiatria biomédica, arbitrária ao processo da Reforma Psiquiátrica (Vasconcelos, 2010).

Assim, além do número insuficiente desses serviços, há ainda outro fator agravante, pelo que a literatura nos aponta: em alguns estudos observou-se a recusa do atendimento às situações de crise ou a desconfiança quanto à resolutividade nos serviços substitutivos, o que fortalece o papel do Hospital Psiquiátrico, a perpetuação da lógica manicomial e o funcionamento dos CAPS como ambulatorios que dão continuidade a um tratamento preventivo às crises, não sendo de fato substitutivos (Jardim, Dimenstein, 2008; Silva, 2007).

Em contrapartida, a cidade de Campinas apresenta pioneirismo na implantação de seis CAPS na modalidade vinte e quatro horas, os quais assumem o tratamento à crise longe do Hospital Psiquiátrico (Campos et al., 2009), o que pode ser constatado pelos discursos:

1T3¹⁶⁰: Conseguir lidar com crises graves, importantes, de manejo muito difíceis, sem precisar recorrer a uma internação psiquiátrica tradicional, de ficar aqui no CAPS, lógico que pra isso a gente precisa de um CAPS que seja um CAPS que funcione vinte e quatro horas.

1T3¹⁶¹: Acho que não dá pra ser substitutivo se ele não for vinte e quatro horas, eu tenho pra mim isso, é um grande facilitador, mas de nada funcionaria também se não tivesse uma boa relação com o território, em todos os sentidos, né? Não ia ser parceira...

Para que se possa responder às situações de crise no território, é preciso que o CAPS mantenha uma relação de rede com os demais serviços de saúde, como os Hospitais Gerais, apontado no discurso como uma opção escolhida pelos trabalhadores:

1T3¹⁹²: Alguns casos muito graves e tal, vamos recorrer a alguns serviços e aí batemos na porta do Hospital Geral, escolhemos como parceiro o Hospital Geral e não o Hospital Psiquiátrico...

No entanto, os discursos são contraditórios com o que é determinado pela Política Nacional de Saúde Mental em relação ao número de leitos no CAPS, o que revela dificuldades para responder à crise.

1T3¹⁹³: Mas às vezes o Hospital Geral tá lotado ou diz um “não” pra nós e aí descobrimos de novo que olha...

1T2¹⁹⁴: Que a gente tem potencial, né?

1T3¹⁹⁵: O [usuário] não ficou internado, nós demos conta dele aqui sem precisar nem do Hospital Geral, conseguimos manter ele sedado por horas e horas aqui, descobrimos de novo que o que era o grande mistério pra nós já não é mais, dá pra bancar aqui também esses casos, então é a nossa prática que vem construindo isso.

2T2¹²⁵: É de bancar o paciente mesmo, bancar o paciente no CAPS, o CAPS é território então vai ficar aqui...

2T2¹²⁶: Se a gente fosse avaliar hoje no CAPS, aqui era pra ter seis leitos, a gente já ficou até com doze, não aumenta a equipe, mas fica aqui então isso é bancado.

O que se constata nos discursos é a revelação da necessária expansão do número de leitos em Hospitais Gerais, e não apenas os leitos previstos em CAPS III para, dessa forma, prescindir do atendimento no Hospital Psiquiátrico.

Assim, para a atenção à crise, faz-se necessário um equilíbrio entre o cuidado hospitalar, no Hospital Geral, quando necessário, e o cuidado comunitário. A meta para os serviços hospitalares deve ser a de redução do número de dias de utilização dos leitos e o oferecimento de leitos para os casos agudos de forma mais humanizada e não institucionalizada, que possa contar com a aceitação do usuário (Thornicroft, Tansella, 2010).

E ainda, os discursos apresentam dificuldades quanto ao uso dos leitos de emergência geral do Pronto Socorro:

1T3²⁴⁴: A gente tem aqui na região o Pronto Socorro [...], que talvez seja o serviço que a gente tenha uma relação mais complicada vamos chamar assim...

1T3²⁴⁸: É a relação difícil que a gente tem no território, como o Pronto Socorro que é o que precisa mudar no Pronto Socorro...

A relação dos CAPS com esses serviços emergenciais ainda é conflituosa em decorrência de alguns fatores, dentre os quais destacamos as resistências locais ao atendimento psiquiátrico, que podem estar relacionadas às dificuldades dos trabalhadores, que não são da saúde mental, de lidar com o paciente psiquiátrico, sobretudo quando se considera a internação involuntária. Além disso, a centralização da abordagem farmacológica também é uma das dificuldades a ser superada (Larrobla, Botega, 2006).

Foi possível apreender dos discursos também a compreensão de crise. Conceituar crise de modo que não esteja enquadrada no modelo psiquiátrico biomédico significa considerar o contexto em que foi desenvolvida, buscando nexos capazes não de explicá-la, mas de trazer sua compreensão, atribuindo um sentido, para que se possa responder a ela de forma adequada. Assim sendo, o ponto central é a busca de uma organização, de um serviço que atenda à complexidade das situações existenciais na medida em que surgem. A crise, nesse sentido, é

reconhecida a partir da presença de, no mínimo, três dos seguintes parâmetros: acentuada sintomatologia psiquiátrica aguda; grave ruptura das relações familiares e sociais; negação da necessidade de tratamento, ainda que o usuário aceite o contato; recusa do contato; situações alarmantes no contexto familiar/social e dificuldade de enfrentá-las (Dell'Acqua, Mezzina, 2005).

Nas concepções dos trabalhadores, a crise é um processo que atinge não apenas o usuário, mas igualmente traz sofrimento para as pessoas próximas a ele, principalmente seus familiares, os quais merecem atenção por parte do serviço. Em conformidade com a literatura consultada, faz-se presente nas frases temáticas a compreensão de que a crise não é algo centrado exclusivamente no indivíduo e cada episódio apresenta uma singularidade própria. Como tem origens no contexto social, o mesmo não pode ser ignorado nas estratégias de cuidado e, assim, a equipe necessita considerar as diferentes possibilidades, pois o usuário e a sua crise são apenas partes da totalidade (Saraceno, Asioli, Tognoni, 1997):

2T5⁹⁶: Até porque tem nas situações de crise você pensa que tem alguém numa casa e essa pessoa não vive só, ela vive numa casa com a família ou com os vizinhos, mesmo que não tenha familiares, tem o vizinho, esse sofrimento acaba afetando os mais próximos, não importa, ou influencia, como se ou influenciasse ou na verdade ele foi gerado ali...

2T5⁹⁸: Não dá pra gente chegar e simplesmente entender que aquela situação de crise é só do usuário, entender que a situação... a crise na verdade... quando o sofrimento na verdade afeta a todos...

2T5⁹⁷: Uma grande dificuldade que eu acho que todos os serviços acabam tendo é de estar dentro da casa dessas pessoas fazendo com que elas consigam lidar com esse sofrimento de uma outra ótica...

2T2¹¹⁷: A gente não lida com as crises assim, uma igual a outra, cada uma tem suas particularidades individuais ali...

2T5¹¹⁸: [na crise] Esse é o grande desafio, mas não um desafio de “ah vamos ver como que é que”, na verdade é você fazer todo esse contorno com relação à família, aos vizinhos, aos vizinhos daquela família...

Portanto, a crise, mais do que uma expressão biológica ou psicológica centrada no indivíduo, é um processo social que resulta da diminuição do limiar de solidariedade ou tolerância das pessoas para com o sujeito em

situação de intenso sofrimento psíquico e, por isso, as pessoas envolvidas precisam ser ouvidas e orientadas adequadamente e, sempre que possível, devem ser envolvidas nas soluções e encaminhamentos (Amarante, 2007).

Ainda em torno do atendimento à crise, os discursos indicam que há uma dimensão tensa nas discussões de equipe em torno de aspectos que, apesar de voltados para a proposição de uma clínica antimanicomial, assemelham-se a ações pautadas na lógica asilar:

2T2¹⁰³: Quando vai fazer certas... Algumas atitudes aqui com os pacientes que é um pouco mais agressiva, aí também acho que a equipe tem um racha, uns falam que não, outros falam que sim...

2T2¹⁰⁴: Quando tem uns episódios assim, por exemplo, o de hoje que o [usuário] fugiu, a hora que a equipe inteira ficou mobilizada e trouxe ele, a própria [profissional] falou assim que foi um momento divino que a equipe tava unida, mas antes disso, por exemplo, com a contenção aqui, dá uma discussão...

2T2¹⁰⁵: Essa intervenção com o [usuário] até que ponto a gente avança, vai lá e faz a intervenção, até que ponto a gente espera, deixa isso rolar, então isso pra equipe gera alguns ruídos, a gente fica dividido...

2T3¹⁰⁶: Penso eu que tem a ver com, olha, estamos num serviço que é diferente do Hospital Psiquiátrico (...) E aí de repente nós estamos copiando em muitas ações, muito do que acontece dentro do Hospital Psiquiátrico, mas eu acho que nós estamos buscando essas tecnologias de alguma maneira, talvez tenha o mesmo nome, mas eu ainda acredito que a gente tem feito de forma diferente...

Nos CSM triestinos, as reuniões de equipe são diárias e não semanais. Observou-se em diversas situações que algumas discussões se deram de forma acalorada, o que remete ao clima relatado nos discursos dos colaboradores desta pesquisa.

Na experiência de desinstitucionalização da cidade de Santos, relatada por Nicácio (2003), o enfrentamento às situações de crise no NAPS proporcionou um campo de aprendizagem entre todos os atores envolvidos no contexto do serviço e do território. No que se refere à equipe na busca cotidiana por novos modos de intervenção, ocorriam discussões e, por vezes, debates intensos, decorrentes de reflexões e formas diversas de compreender a intervenção na crise. Igualmente, por meio dos discursos, podemos observar que esse movimento se faz presente na equipe do CAPS, campo deste estudo.

Desse modo, controle e cuidado são temas em debate entre os trabalhadores quando se referem às situações de atendimento à crise no serviço territorial:

2T4⁹¹: Mas acho que a gente tem se deparado muito assim com o limite entre o cuidar e o controlar...

2T3⁹⁴: Acho que tem a ver quando você passa a enfrentar pacientes graves (...) você funciona 24 horas, tem a ver com isso...

2T2¹⁰⁰: Essa questão que aconteceu com o [usuário] aí, né? Até que ponto que a gente poderia intervir mais cedo, deixou rolar, que eu sei que a família fala assim que não, que ele pede pra segurar em casa, mas a gente avalia que ele tá mal, aí a família não...

2T2¹⁰²: Até que ponto a gente pode ir lá e falar: “não, vem pro CAPS, traz”, vai buscar a força, vai trazer ele pro CAPS...

Historicamente os asilos psiquiátricos apresentaram a função de controle sobre a pessoa com transtorno mental, mantida arbitrariamente em um espaço restrito, em nome de um tratamento que legitimou sua exclusão social. Ainda que a referência de como lidar com a pessoa em situação de crise esteja pautada nessa lógica manicomial, o que se busca são outros modos de intervenção.

Em algumas ocasiões, quando se faz presente uma postura de recusa ao tratamento por parte do usuário e a necessidade de proteção, devido aos níveis de não-autonomia ou de desestruturação expressos pela crise, associados a um comportamento explosivo, passível de altos riscos de sanção, com o objetivo de não comprometer a sua contratualidade e a destruição no terreno das relações, o serviço, no papel de “tomada de responsabilidade”, assume o dever de aplicar medidas de controle e de tutela (Dell’Acqua, Mezzina, 2005).

No entanto, a natureza dessas ações, como a proibição de saída da unidade ou mesmo a sedação farmacológica, é personalizada na figura da referência daquele usuário. Nessas situações limite, em que o controle não significa a contenção, ações tomadas a partir de uma escolha concreta devem ser discutidas e explicadas, buscando atingir posteriormente a conscientização desse usuário (Dell’Acqua, Mezzina, 2005).

Assim, é imprescindível buscar meios de se comunicar com a pessoa, seja através do olhar, de toques, de gestos ou movimentos, para que ela possa compreender que há possibilidade de estabelecer uma relação, um vínculo, pois que é de forma cooperativa que se pretende a intervenção. A continência, como acolhimento ao sofrimento, no lugar da contenção é a estratégia mais eficaz, visto que a “contenção é o fracasso da intervenção” (Jardim, Dimenstein, 2007, p. 185).

A tentativa de fuga é um dos traços presentes nas instituições psiquiátricas, para a qual a solução aplicada está nos meios de contenção física. No serviço territorial, a falha ou ausência da continência na situação de crise e ainda a própria condição psicopatológica propicia quadros como a tentativa de evasão do usuário.

Nessa situação, a contenção mecânica é um dos procedimentos antigos utilizados nos hospitais psiquiátricos e historicamente foi representada por “camisa de força”, celas ou ainda por atar a pessoa pelos pulsos e pernas no leito. A versão modernizada dessa tática é a contenção química, em que os efeitos farmacológicos abusivos engessam o indivíduo, proporcionando outro tipo de clausura. Tal forma de contenção é mais sutil e pode estar presente mesmo no cotidiano dos serviços de atenção psicossocial, territoriais, designados a serem substitutivos desse modo de controle.

Essa situação também é expressa nas frases temáticas como pauta de discussão da equipe do serviço:

2T3¹⁰⁷: A contenção física aqui me parece que é algo, como você falou [referindo-se ao T2], muito discutido (...) vira pauta (...) vira escala, vira cuidados muito diferentes do que, eu pelo menos tenho a experiência de Hospital Psiquiátrico, você tem, a gente percebe que é isso...

2T2¹⁰⁸: Não é assim “vamos conter”, “vamos conter”, até mesmo a medicação que a gente levava...

2T3¹⁰⁹: O ruído vem, na minha opinião, numa tentativa de se buscar realmente algo diferente, imaginar algo que um dia, inclusive, a gente não precise disso...

Assim, a contenção é parte da lógica asilar. A continência da dor, o acolhimento do sofrimento, da angústia que transborda, da agitação, é a

invenção de um modo de cuidado que se opõe a essa lógica (Lima, Lima, Paravidini, 2009). É preciso não confundir contenção com continência, pois a segunda é que deve ser afirmada nos serviços substitutivos enquanto mais uma das estratégias que o diferenciam do hospital psiquiátrico.

Agir com uma postura continente é algo que vem sendo construído no cotidiano desses serviços, pois lidar com o sofrimento do outro sem recorrer aos saberes instituídos, que se pautam por recursos contrários aos que se pretende oferecer aos usuários – um cuidado que contemple a expressão de sua subjetividade em momentos que se mostra mais intenso o sofrimento mental – não faz parte da formação de muitas profissões da área da saúde.

Desse modo, é preciso que o trabalhador de saúde mental:

Esteja disposto a ouvir o sofrimento do outro, sem se defender em uma posição de autoridade e de saber. É necessário que ele se despoje de suas crenças, de seus conhecimentos, de seus preconceitos para que possa se oferecer como anteparo para o sofrimento colocado em cena pelo usuário da rede pública de saúde. Obviamente, esta posição de despojamento nos deixa mais vulnerável à angústia (Lima, Lima, Paravidini, 2009, p. 6).

Caminhar nessa direção também é algo que, aos poucos, deve ser alicerçado nos serviços territoriais, já que as situações de contenção e evasão ainda são referências nos discursos quando se trata de resposta à crise.

A disponibilidade por parte do serviço territorial em assistir o indivíduo que sofre das mais diversas formas, em momentos específicos de sua existência, significa não apenas o atendimento à crise como emergência e caracteriza o aspecto central da “tomada de responsabilidade”. Significa assumir a demanda com todo o alcance social possível em conexão com o estado de sofrimento. Assim, a “tomada de responsabilidade” se dá em qualquer ambiente de vida do indivíduo, pois, diferentemente do hospital psiquiátrico, o qual furta a pessoa do seu contexto, subordinando-a às regras institucionais, pautadas por uma abordagem medicalizante, permite que seja mantido seu contato com o contexto e não determina, enfim, uma ruptura na sua continuidade existencial e histórica (Dell’Acqua, Mezzina, 2005).

Com base nisso, a possibilidade de uso dos recursos do território também em momentos de crises, nos quais o usuário apresenta-se menos independente para a realização de seus próprios desejos, é apontada nos trechos em que, em um caso particular, observa-se o enfrentamento ao estigma de periculosidade, associado à situação de crise e ao porte físico do usuário:

1T3¹¹⁶: No sentido de ser um serviço territorial, um exemplo é o [usuário], paciente que faz tempo que a gente não vive nenhuma crise grave dele, um paciente muito grave, muito grande, muito forte, muito assustador, digamos assim, eu lembro das idas com ele até a esquina fazer o jogo do bicho, conhece onde é que faz o jogo do bicho, qual é o bar que faz, quem é a pessoa que faz...

1T3¹¹⁷: Em crise, aliás, a gente só fez isso com ele em crise, daí ele fora da crise, ele vai sozinho, ele dá conta, vive sozinho, aliás, no bairro dele, daí, não nesse bairro aqui especificamente, mas essa é uma relação muito bacana, imagina um cara desse em crise dentro do hospital psiquiátrico? Não tem jogo do bicho, não tem jogo nenhum.

Ainda que sejam ofertadas atividades recreativas e lúdicas dentro dos hospitais psiquiátricos, são formas de entretenimento, no sentido de manter o indivíduo entretido, dentro da instituição, para passar prazerosamente o tempo. Por outro lado, mesmo fora da instituição, é possível a reprodução da lógica do entretenimento, com medicamentos, com conversas, com atividades ergoterápicas, sendo uma lógica que deve ser rompida a partir de uma busca por “caminhos cotidianos para se operar micro-rupturas da miríade de micro-entretenimentos, descobrindo a miríade de fontes de recursos e modos de operar que confluem para a construção da cidadania” (Saraceno, 1999, p. 18).

Assim, mais do que uma forma de entretenimento, o estar com o usuário fora do serviço em uma situação de crise, na realização de atividades cotidianas no território, para além da manutenção ou ativação do contato com o ambiente externo, promove o estabelecimento de uma relação diferenciada com o trabalhador.

Nas respostas às necessidades e no “caminhar com” o usuário nessa intervenção na crise, estão implícitas “pequenas mudanças que os simples gestos dos operadores produzem no interior da vida cotidiana do paciente.

Tais gestos são os trâmites da relação de confiança entre usuário e serviço” (Dell’Acqua, Mezzina, 2005, p. 186).

Analizamos que outros modos de relação e de compreensão de crise vão se delineando a partir do envolvimento do trabalhador na possibilidade de uso dos recursos do território e do enfrentamento de estigmas. Se foi em nome da periculosidade social relacionada ao transtorno mental que se definiu o enclausuramento como forma de tratamento, pode-se dizer que, em função de ações no território, há grandes potencialidades para desmistificar esses mesmos estigmas. Se anteriormente era limitada a circulação das pessoas em momentos de intenso sofrimento psíquico pelas vias públicas, tanto que eram capturadas e reclusas para o tratamento em espaço fechado, para que pudessem estar “compensadas”, “normalizadas”, atualmente é permitido se fazer conviver esse sofrimento na cena social.

Também se observa que não há a tradicional separação entre tratamento e reabilitação. Diferentemente de uma clínica tradicional, em que a intervenção na crise consiste em um tratamento (sobretudo medicamentoso) centrado no espaço delimitado, o cuidado que permite a exploração dos espaços sociais, como parte do tratamento, é um aspecto possível dentro da lógica das ações territoriais.

A separação entre sujeitos e contextos constituiu-se como fundamento da história da psiquiatria e função das instituições hospitalocêntricas. Por outro lado, a Reabilitação Psicossocial apresenta as bases conceituais úteis para superar essa dicotomia (Saraceno, 1998a). Desse modo, cabe aos serviços de saúde mental comunitários que se propõem ao processo reabilitativo aproximar os indivíduos de seus contextos em todos os momentos do cuidado.

De forma geral, é observada nos discursos uma avaliação do trabalho realizado em torno da atenção à crise:

1T3¹⁶²: Nós temos um tempo médio de internação muito baixo relacionado ao, comparado aos hospitais, outras internações, as crises terminam de melhorar na casa do paciente, não precisam estar internados aqui.

2T3¹³⁰: A gente tem muitos casos, a perder de vista eu diria daqueles que a gente lembra da época de internados em hospital psiquiátrico, muitos que viviam internados e que não foram mais internados...

2T3¹³¹: [Usuários que] moravam praticamente dentro do Tiberiá, dá pra contar nos dedos de uma mão quantos dias ele ficou internado aqui com a gente desde que o CAPS funciona.

A resolutividade do serviço quanto à diminuição de crises e de internações psiquiátricas, em termos de frequência e tempo de duração, é um aspecto presente em alguns estudos que avaliam a satisfação dos usuários (Kantorski et al., 2009a), a efetividade dos CAPS no cuidado às pessoas com transtornos mentais (Tomasi et al., 2010), as interpretações dos profissionais acerca dos transtornos mentais e o planejamento do cuidado (Nunes et al., 2008). Desse modo, as falas dos trabalhadores corroboram as pesquisas realizadas.

Tais indicadores demonstram a efetividade dos CAPS como serviços substitutivos das internações nos hospitais psiquiátricos, ainda que enfrentando inúmeros desafios.

Outro sub-tema presente nos discursos dos trabalhadores refere-se à compreensão do serviço como um lugar de hospitalidade/asilo.

Hospitalização significa a internação hospitalar e hospitalidade remete ao sentido de hospedagem, acolhimento. Modificar o sentido de internação para hospitalidade foi uma das propostas aprovadas no eixo Política de Saúde Mental e Organização de Serviços, na III Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2002). Assim, busca-se denominar hospitalidade diurna e noturna, a qual tem como proposta ações preventivas, com o distanciamento momentâneo de situações agravantes para um quadro de crise, favorecendo a diminuição de tensões existentes (Campinas, 2002).

Nesse sentido, o direito de asilo se caracteriza como o acolhimento, por parte do serviço, ao sujeito em situações limite, apresentas como conotação ao direito de ser acolhido e protegido em situações difíceis (Niacio, 1994). Diferentemente da compreensão de asilo como sinônimo de hospício, exclusão e isolamento, lugar dos doentes desabrigados, o direito de asilo é um direito garantido pelos direitos humanos universais, compreendido como direito ao abrigo, refugio e proteção (Passos, 2000). Assim a hospitalidade nos serviços territoriais é o direito de asilo, compreendido como proteção ou continência, de acordo com as necessidades prementes das pessoas com transtornos mentais.

O conceito de hospitalidade, conforme a compreensão acima, permeia os discursos em torno de significados como o direito ao asilo quando em situação de crise, ou então, como hospedagem em caso de necessidade fora da crise:

2T5¹³³: Um desses olhares que tá em construção, que aí tem a ver com também com uma resposta à crise é o conceito de internação...

2T5¹³⁴: Uma pessoa em sofrimento tem o direito de ter, vou usar um termo perigoso, mas a necessidade de ter o espaço de cuidado, de asilo, aonde ele consegue estar nesse espaço, cuidado, protegido, com liberdade, às vezes não que é isso que ele tá colocando, às vezes não é com toda a liberdade assim porque ele tá num quadro muito grave, grave no sentido, sem estar com autonomia, está se colocando efetivamente em risco ou então tá virando demais e a família também, a família não tá suportando, a família não tá aguentando...

2T5¹³⁶: A hospitalidade, eu acho quando a gente pega e transforma esse conceito de internação e coloca como hospitalidade, você tá criando realmente uma nova tecnologia, sabe? Eu acho que quando você muda esse conceito e aí você começa a lidar não com a internação, com o tempo de duração, mas você acaba lidando com esse cuidado mesmo, de necessidades.

2T5¹³⁷: O CAPS também é esse espaço, eu acho que ele deveria ser, eu não sei se os meus colegas concordam, ele deveria ser esse espaço, então eu acho que o conceito de internação pra mim, não sei, ele tem que ser transformado...

Assim, não apenas novas denominações, mas também significados atribuídos a elas, aos quais se contrapõem a lógica asilar, mesmo timidamente, estão presentes nos discursos dos trabalhadores.

O trabalho em rede é outro aspecto imprescindível da organização do serviço territorial.

Redes são meras abstrações, não obstante “a materialidade que se impõe aos nossos sentidos” (Santos, 2009b, p. 262) é também social e política, composta por pessoas e valores. As redes apresentam características estáveis e dinâmicas ao mesmo tempo, são animadas por fixos (componentes presentes no território, como prédios, estradas, instituições, indústrias, etc.) e fluxos (referem-se aos movimentos, circulação de pessoas, mercadorias e ideias) – os quais são interdependentes, intercorrentes. O princípio dinâmico das redes, que são ativas, é o movimento social (Santos, 2009b; Monken et al. 2008).

Redes na perspectiva do campo da Saúde - redes de atenção à saúde - são compreendidas como um conjunto articulado de instituições

promotoras de saúde, as quais apresentam diferentes graus de complexidade, especialização e modalidades de atenção, estão localizadas em um determinado espaço geográfico-populacional, interrelacionam-se funcionalmente por meio do apoio de normas operacionais, sistemas de informações e recursos logísticos, com a finalidade de responder adequadamente às necessidades de saúde da população. Alguns dos princípios das redes de atenção à saúde são a integralidade, a eficiência e a participação comunitária (Mendes, 2007).

As redes sociais se conformam em espaços de diálogos, encontros e transformações de significados e sustentam continuamente a geração de ações e responsabilidades compartilhadas numa dada realidade social. A articulação entre a rede de atenção à saúde e a rede social é de fundamental importância pois: permite uma atuação sobre os determinantes da situação de saúde, sobre a vida diária dos indivíduos e do seu contexto social; “promove e convida outros atores a articular ações para dar respostas integrais; e colabora para o acúmulo de capital social” (Mendes, 2007, p. 72).

No campo da saúde mental, os CAPS têm a incumbência de serem organizadores da rede de atenção à saúde mental, dos recursos sanitários no território de sua abrangência populacional e também devem estar articulados às outras redes sociais, representadas pelos recursos afetivos (pessoais, familiares, vizinhança), sociais (moradia, escola, etc.), econômicos, culturais, entre outros (Brasil, 2004a).

Assim, para o cumprimento de seu papel na rede de atenção à saúde mental, os CAPS devem ter presente em sua organização o estabelecimento de relações setoriais e intersetoriais.

Intersetorialidade, por sua vez, significa uma estratégia de articulação dos recursos e requer necessariamente a negociação de propostas na perspectiva do horizonte político do território e das políticas públicas (Jardim et al., 2009).

Conforme discutimos anteriormente, as relações entre as instituições de saúde, no que se refere ao atendimento às situações de crise, ainda é algo a ser construído.

A relação estabelecida no nível da atenção básica, com as equipes das unidades de saúde da família e os centros de saúde, é um dos temas discutidos no próximo capítulo: o processo de trabalho, em virtude do destaque dado ao apoio matricial nos discursos como um instrumento de trabalho no território.

Outro serviço presente na rede de atenção à saúde com o qual o CAPS apresenta articulação é um dos Centros de Convivência da região.

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos que objetivam o oferecimento de espaços de socialização e produção cultural, sendo que alguns vêm também se constituindo como experiência de geração de renda. A clientela alvo desses serviços são as pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, mas não prioritariamente, pois tais centros devem atender a comunidade, buscando construir espaços de convívio e sustentação das diferenças. São serviços que devem estar articulados não apenas com os CAPS, mas também aos Serviços Residenciais Terapêuticos, às unidades da ESF e aos equipamentos da cultura e da educação (Brasil, 2005).

Esses dispositivos passaram a compor nacionalmente a rede de serviços de saúde mental entre os anos de 2003 e 2006, estando concentrados, sobretudo, nos municípios de Campinas, Belo Horizonte e São Paulo. São serviços com importante potencial para a promoção da inclusão social das pessoas com transtornos mentais. Apresentam intersecção entre as políticas de saúde mental e a cultura, não são equipamentos assistenciais e, portanto, não tem caráter de atendimento médico ou terapêutico, consistindo-se em espaços de articulação entre a vida cotidiana e a cultura no território (Brasil, 2007). Apesar de não terem objetivos clínicos, os Centros de Convivência produzem efeitos terapêuticos ao estimular posicionamentos, mudanças, subjetivações (Souza, 2006).

O número de Centros de Convivência e Cultura no país ainda é limitado, sendo pouco consolidado, são aproximadamente cinquenta unidades (Brasil, 2010). Na cidade de Campinas, como caracterizada anteriormente, a rede de saúde mental conta com dez Centros de Convivência. Em um deles, onde são desenvolvidas oficinas de incentivo de

geração de renda, alguns dos trabalhadores do CAPS, campo de nosso estudo, organizam a sua carga horária de trabalho com a divisão de algumas horas para o Centro de Convivência, o que é considerado como uma atividade territorial, como se vê nas frases temáticas:

1T2⁴⁹: Tem funcionários nossos aqui que vai disponibilizar horas pra estar no [Centro de Convivência], que [...] é o centro de convivência da comunidade, não é da saúde mental, é da comunidade, que tá no território, que esse é um espaço também que sempre tem gente nossa lá.

1T2⁵⁰: Não são todos [os profissionais], mas alguns disponibilizam horas lá pra estar trabalhando com a comunidade, no território.

A participação do trabalhador do CAPS no Centro de Convivência é uma importante estratégia de ação no território, que representa a extrapolação dos muros institucionais e a articulação dos diferentes serviços em torno de um objetivo comum: a promoção da convivência.

Nos discursos, há uma compreensão de que o Centro de Convivência não é um serviço exclusivo para atendimento às demandas da área da saúde mental e sim um equipamento comunitário:

1T2⁵⁷: Lá é da comunidade, não precisa ter nenhuma patologia, nenhuma doença, pode ir lá (...) É um espaço de convivência, né?

1T3⁵⁸: Na verdade, tem uma proposta, pelo que eu entendo, de ser um equipamento mesmo da saúde mental ou pelo menos da saúde...

1T5⁶¹: O que eu posso falar com toda a tranquilidade é de que o [Centro de Convivência] se configurou mais como um espaço de convivência humana, com sofrimento mental, sem sofrimento mental, mas enquanto equipamento da saúde mental. Era aquilo que preconizava o Ministério da Saúde, que preconiza o Ministério da Saúde, os Centros de Convivência com esse caráter, mas ele acabou se constituindo como um grande espaço mesmo da comunidade, que acho que é o grande objetivo é de você ter espaços aonde a loucura, não loucura, os outros tipos de dor humanas circulam, convivem...

Os Centros de Convivência e Cooperativa (CeCCos) implantados na cidade de São Paulo, na década de 1990, foram os primeiros serviços com a proposta inovadora em direção à luta contra a discriminação e a segregação social, buscando oferecer o aumento da qualidade de vida e, assim, amenizar processos de cronificação de doenças, por meio da convivência entre as populações estabelecida por oficinas mediadas por trabalhadores

das áreas da saúde, educação e cultura. Esses serviços foram implantados preferencialmente em espaços públicos, como parques, centros esportivos e centros comunitários, com a intenção de proporcionar o encontro entre a população alvo (pessoas com alguma problemática específica – pessoas com transtornos mentais, crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social, idosos, pessoas com deficiência, etc) e a população em geral. Dado aos seus propósitos, os CeCCos buscam ampliar a concepção de saúde e estabelecem interfaces no campo da saúde, cultura e educação (Lopes, Leão, 2002).

A concepção expressa nos discursos acerca dos Centros de Convivência, como espaços de uso comunitário, para além da questão da saúde mental em si, assemelha-se à compreensão acerca dos CeCCos, conforme apontado pela literatura.

Além disso, a participação da comunidade nesses serviços adquire também um caráter de prevenção às doenças mentais, como pode ser constatado nas frases:

1T1⁵⁹: Antes de adoecer vai pro [Centro de Convivência], né? Antes de adoecer.

1T3⁶⁰: Pra neurose não aparecer tanto, vamos lá fazer isso, como prevenção, alguma coisa assim.

Assim, nos discursos podemos observar que o Centro de Convivência adquire uma dimensão de promoção de saúde.

A integração entre o Centro de Convivência e os CAPS potencializa a produção das ações de promoção, prevenção e recuperação em saúde mental, o que possibilita a superação de respostas essencialmente de ordem biomédica e farmacológica no cuidado dos transtornos mentais (Caçapava, Colveiro, Pereira, 2009).

Compreendemos por meio da análise dos discursos que as relações de caráter interinstitucionais, ou seja, não apenas com as instituições sanitárias, são ainda incipientes no CAPS em estudo. Contudo, há algumas iniciativas nessa direção, como a relação estabelecida com a escola do bairro, para a produção da horta, que é discutida adiante em instrumentos do

processo de trabalho, conjuntamente com o tema da mediação de conflitos para a construção de redes sociais.

De forma geral, observa-se que estão presentes iniciativas e esforços em direção à construção de uma rede de atenção à saúde mental integrada aos recursos comunitários, porém existem ainda diversas fragilidades.

O trabalho em equipe configurou-se como mais um dos subtemas referentes à organização do serviço territorial.

Seja nos espaços formais (reuniões) ou ainda informais, é necessário um espaço de reflexão, de troca, de negociação, pois se constitui em aspecto extremamente importante do trabalho na saúde mental desenvolvido no território, o qual demanda dos trabalhadores a maleabilidade em suas ações para responder às necessidades concretas dos usuários.

A flexibilidade é compreendida como a capacidade de determinar as respostas operativas adequadas a cada situação, não sendo definidas a priori pela organização do trabalho. Com esse direcionamento, a participação e a contribuição de todos faz parte de uma tentativa de trabalho no estilo coletivo em que ganham importância a divulgação de informações, a discussão dos problemas e suas possíveis soluções, a abertura de um espaço amplo para o confronto das opiniões no espaço das reuniões diárias entre a equipe e nos momentos de trocas entre os trabalhadores (Dell'Acqua, Mezzina, 2005).

No CAPS em estudo, a reunião de equipe não é diária, é semanal, porém todos os dias os profissionais se reúnem para a “passagem de plantão”, nos períodos de troca de turno da manhã (às 13h) e da tarde (às 19h).

Nos momentos em que a equipe se reúne, concretiza-se o trabalho interdisciplinar, pois a reunião é um espaço para a interação, a discussão, o diálogo entre os trabalhadores de diferentes formações, os quais, sem a perda de suas especificidades, buscam a ampliação do cuidado em saúde mental (Mielke et al., 2009).

É possível observar, nas frases temáticas, que as discussões estão presentes no cotidiano do serviço. Ainda que apresentem uma conotação de

brigas e de dificuldades, são compreendidas como necessárias e importantes por parte dos trabalhadores:

1T3²¹⁶: Acho que precisa ser dito que de vez em quando entre nós aqui sai... [...] Discussões calorosas muitas vezes por um, talvez não, não diria sofrimento que trate as causas dos paciente cada um com sua análise, mas, é penoso...

2T2²: [comentário sobre a figura] Essa aqui é nossas brigas de reunião de equipe...

2T5²⁸: [comentário sobre a figura] Pra associar guerra e paz da equipe (riso).

2T1⁵³: Mas é uma briga saudável...

2T3⁶⁷: Acho que não tem muita saída (...) precisa estar disposto a discutir...

2T3⁷¹: Querendo construir algo novo, algo diferente, volta e meia nós vamos ter dificuldades, discussões...

2T3⁷⁵: Mas eu acho que é isso, só discutindo, só abrindo pra valer que a gente consegue bancar...

Para a produção de novas ações no campo da saúde mental que tenham como perspectiva o território, são imprescindíveis as discussões em equipe, com a finalidade de superar concepções pautadas em um modelo clínico biológico, o qual tem como *setting* de intervenção um espaço determinado, em que o trabalhador está protegido pela instituição. Ao contrário, no território, há a exposição desse trabalhador aos riscos e sofrimentos que fazem parte do cotidiano das pessoas atendidas.

Nesse sentido, os trechos seguintes apontam para o enfrentamento no território quanto à periculosidade que envolve a intervenção, sobretudo com usuários de drogas e quanto ao sofrimento decorrente das condições sociais desfavoráveis:

1T1¹⁶: Muitas vezes você negocia no território, como se fala na boca, né? Negociar com o cara do tráfico porque muitas vezes tem usuários nossos porque além de psicótico eles fazem uso de drogas...

1T1¹⁷: Então muitas vezes ele corre o risco de quando ele tá lá no território, corre o risco de a gente, então a gente tem essa coisa, a gente vai lá trabalha, faz um trabalho bem... extra CAPS, fora, no território...

2T4⁴⁹: Muitas vezes também a gente esbarra com a nossa resistência também de sair do CAPS. Então acho que isso também é uma coisa que a gente precisa tá se revendo todos os dias porque é muito mais fácil com certeza ficar aqui dentro (...) Se arrisca menos (...) Enfrenta menos dificuldades...

2T5⁵⁰: Aguardar que venha (...) Enfrentar o sofrimento do outro, da família, a realidade da fome...

O trabalhador de saúde ao encontrar o usuário do SUS inserido em uma periferia das grandes cidades brasileiras depara-se com uma realidade em que permeiam a dor e a miserabilidade intensas. O contato cotidiano com as pessoas que estruturam suas próprias resistências à dor e à morte por intermédio de mecanismos de subjetivação muitas vezes incompreensíveis provoca afetações e estranhamentos nos trabalhadores. Dessa forma, dentre as consequências possíveis desse encontro, a equipe constrói fortes barreiras procurando evitar o contato com aquilo que tanto dói (Campos, 2005a). Pode ser esse um dos elementos para explicar a resistência do trabalhador da saúde mental em atuar no território.

O profissional inserido na vida da favela, dos domicílios, não está imune aos conflitos que podem redundar em violência ou abandono do tratamento, entre outros, e, para evitar essas situações, corre o risco de retornar a priorizar os espaços sobre o tempo, ou seja, a volta do *setting* fechado do consultório e do esquadramento das profissões (Lancetti, 2006).

Nesse sentido, os discursos apontam que os trabalhadores mostram-se atentos a aspectos, como a resistência ao trabalho no território, os quais são, mais uma vez, discutidos na equipe:

2T3⁵¹: Ao mesmo tempo eu acho que a gente anda aqui dentro bem atento a essas coisas [resistências em sair para o território] (...) Acho que tem uma massa crítica que consegue de vez em quando, quando percebe isso...

2T2⁵²: Acho que a vantagem é essa mesmo, quando a gente percebe que a gente tá indo mal em determinadas situações essa bola é cantada, leva pra discussão, por mais que muitas vezes a gente repete essas discussões, mas sempre tem, uma é convivência, outra hora é o próprio transporte, a gente discute ele...

O estado de alerta para determinadas condutas também é expresso na fala que segue em torno da percepção do próprio trabalho desenvolvido, contrariando o discurso de que o envolvimento diário dificulta observar a quantidade das ações produzidas:

1T4²⁵⁰: Na verdade, eu só queria falar que é curioso quando a gente para pra falar, porque no dia-a-dia a gente não costuma se dar muito conta de todas essas ações [no território] e a gente falando aqui é muita coisa mesmo que a gente faz...

1T3²⁵¹: Mas a gente fala disso sim (...) Quando a gente não fala demais nos problemas (...) Que se for pensar não é bem assim, aliás, o resultado... Mas os resultados em si são muito claros pra gente...

A espontaneidade é uma das principais características da vida cotidiana, apresentando-se dominante por ser a tendência de toda e qualquer forma de atividade cotidiana, ou seja, as atividades na vida cotidiana tendem a ser espontâneas ainda que nem toda atividade cotidiana seja espontânea no mesmo nível, pois uma mesma atividade pode não se apresentar identicamente espontânea em situações diferentes (Heller 2004).

Para a assimilação do comportamento habitual, é preciso a espontaneidade, pois “se nos dispuséssemos a refletir sobre o conteúdo de verdade material ou formal de cada uma de nossas atividades, não poderíamos realizar nem sequer uma fração das atividades cotidianas imprescindíveis” (Heller, 2004, p. 30).

Assim sendo, observamos, não apenas por meio da análise dos discursos, mas também na presença no campo de estudo, que a realização de algumas intervenções no território, junto ao usuário, como a retirada do cartão de vale transporte, são naturalizadas pelos trabalhadores, não apresentando destaque no conjunto de atividades elencadas como territoriais. Por isso, o não dar-se conta das ações realizadas está relacionado à espontaneidade presente no cotidiano de trabalho, conforme apontou o discurso.

No entanto, também se faz presente a consideração de que é possível, em alguns momentos, ter a dimensão das ações feitas, como na ocasião do grupo focal, e de que a equipe está atenta às ações produzidas, sendo algo discutido. Nesse sentido, uma das estruturas da vida cotidiana, a espontaneidade, não se apresenta rígida, o que é favorável para atingir a esfera não-cotidiana, que é o lugar de conscientização acerca das atividades humanas e onde as teorizações, o pensamento científico e o processo de não alienação são produtos dessas reflexões (Heller, 1999; 2004).

O trabalho em equipe de forma multidisciplinar e interdisciplinar é um tema também presente nos discursos.

Tendo em vista que o mundo não é composto por coisas isoladas, mas sim por uma complementaridade de dimensões, é preciso compreendê-lo por meio de uma visão que possa transcender os limites disciplinares. A interdisciplinaridade como a reunião de disciplinas diversas, articuladas em torno de um mesmo foco com diferentes níveis de integração, é um meio de compreender a realidade (Silva, Tavares, 2003).

Na atuação em saúde mental, mediante a complexidade do processo saúde-doença mental, a interdisciplinaridade é uma exigência do cuidado e um desafio prático para a concretização do trabalho que objetiva a Reabilitação Psicossocial e a efetivação do processo de desinstitucionalização (Silva, Tavares, 2003; Schneider et al., 2009).

A interdisciplinaridade permite que a prática de um profissional possa reconstituir a prática do outro e ambos possam ser transformados na realidade em que estão inseridos. Nesse processo, a soma dos olhares dos diferentes profissionais facilita a abordagem integral aos indivíduos e às suas famílias e possibilita um maior impacto sobre os diferentes fatores que influenciam o processo saúde-doença (Araujo, Rocha, 2007). Assim, a riqueza da interdisciplinaridade no trabalho em saúde mental é ressaltada nos discursos:

2T1⁶²: Às vezes a gente tá com um olhar de uma forma e vem o outro tem um olhar diferente que vai ajudar as coisas a caminhar, a gente consegue chegar realmente ajudar o usuário...

2T5⁶⁴: Muitas das vezes quando você tem uma proximidade, somos seres humanos, a gente não pode esquecer disso, tem a proximidade com os usuários, esse olhar, talvez a gente acabe fazendo isso mesmo, tendo várias discussões mesmo, conflitos dentro do próprio CAPS por conta disso, por causa desses olhares...

O trabalho em equipe de forma interdisciplinar demanda, em vez de uma idealizada homogeneização dos saberes técnicos, o enfrentamento das diferenças e das desigualdades no cotidiano de trabalho do CAPS. Apesar da complexidade expressa nos âmbitos da gestão, da concepção teórica de objeto e da finalidade de trabalho, busca-se uma articulação das ações e

uma interação que produza uma concepção nem tanto conflituosa quanto às intencionalidades e metas. Para isso, a equipe necessita de um mínimo de coesão ideológica e ética (Milhomem, Oliveira, 2007). Nesse sentido, as falas apontam a importância da heterogeneidade, da diversidade de opiniões como algo positivo, pois transformador:

2T5⁶⁵: Alinhar não é entrar num consenso, não entendo que seja exatamente isso porque na verdade, às vezes, o consenso me dá a impressão de que você elimina a diversidade, entendeu? Eu acho que na verdade é lidar com ela, é você transformá-la, não simplesmente aniquilar...

2T5⁶⁶: Você sufoca e acabou, não, transforma efetivamente, porque se não acaba sendo uma péssima relação de trabalho e acho que não é por aí que a viola toca...

Consideramos, por isso, a importância de explicitação dos diferentes olhares, para fins de superação de ideologias manicomiais que muitas vezes atravessam o cotidiano de serviços territoriais. Observamos, assim, que as discussões, a possibilidade de expressão de temas conflitantes, constituem valiosos mecanismos proporcionados pelo trabalho em equipe e imprescindíveis para que se possa estabelecer e consolidar uma prática que tenha como norte o território, para além dos muros institucionais. Como resultado, observa-se que a discussão é um dos fatores produtores de uma determinada coesão da equipe.

No trabalho interdisciplinar em saúde mental, não há uma delimitação específica dos papéis profissionais na realização de ações que são comuns a todos, o que proporciona a integração dos diferentes saberes, porém continuam a realizar ações que lhes são próprias, de acordo com as suas especificidades (Silva, Tavares, 2003; Schneider et al., 2009). A frase seguinte expressa esse modo de trabalhar:

1T1²⁵⁵: A gente aqui não é só da enfermagem, a gente é assistente social, a gente faz tudo.

Outra característica importante nos CSM é o envolvimento da equipe nas ações externas sem a demarcação de funções específicas, ou seja, os trabalhadores são “operadores de saúde mental” (psicólogos, assistente social, enfermeiros, psiquiatras, entre outros) que, apesar de exercerem seus papéis específicos, realizam tarefas em comum.

O processo em que cada especialidade perde um pouco a sua identidade, a dissipação das fronteiras disciplinares, caracteriza o trabalho transdisciplinar, no qual é possível se fazer uma zona de indeterminação entre as práticas, gerando uma desestabilização das certezas de cada uma das disciplinas, a qual abre a possibilidade para a intercessão com outros saberes. É nessa direção, a do “entre saberes”, que ocorre a invenção, contribuidora na construção de outra forma de pensar (Romagnoli, 2006).

De modo geral, pode-se considerar, pela análise dos discursos, que algumas das características da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade estão presentes no cotidiano de trabalho da equipe do CAPS campo deste estudo. O trabalho no território em saúde mental, dada a sua amplitude e complexidade, para além da multidisciplinaridade, demanda a organização em equipe de modo interdisciplinar como aspecto fundamental para atuação no CAPS.

Outro tópico apreendido dos discursos refere-se ao posicionamento e à formação dos trabalhadores de saúde mental no território, como um dos aspectos cruciais do processo da Reforma Psiquiátrica.

A grande maioria dos cursos de graduação apresenta um ensino voltado para uma formação em que é privilegiada uma abordagem clínica, característico de consultórios e ambulatórios tradicionais, que promovem a medicalização da vida cotidiana, ou seja, buscam transformar as condições sociais e culturais em problemáticas estritamente biológicas e médicas (Oliveira, 2008).

Desse modo, no que tange às ações no território, a superação do modelo médico psiquiátrico hegemônico nos ambientes de formação é uma premissa para a atuação nos serviços comunitários. No entanto, a dificuldade que se apresenta é que os marcos teóricos do paradigma psicossocial ainda estão em processo de formulação (Abuhab et al., 2005).

A produção de mudanças profundas na formação educacional é um processo complexo, que envolve mudanças de conceitos, de posturas, de relações institucionais, as quais entram em confronto com os conhecimentos hegemônicos cristalizados e resultam em pressões e conflitos no percurso

de construção de novas alternativas que não estão dadas (Silva, Tavares, 2003).

Corroborando a literatura consultada, os discursos evidenciam que a formação dos trabalhadores de saúde mental ainda não está sintonizada com os preceitos do paradigma psicossocial. Sendo assim, esta é uma questão que reflete em dificuldades na condução das ações no CAPS III:

2T3⁶⁹: Tem uma coisa importante pra gente lembrar, nós estamos trabalhando num serviço muito novo, com pouca teoria sobre o que gente faz aqui ou o que a gente deve fazer aqui...

2T3⁷³: Eu particularmente tenho dito que a gente tem vivido algumas dificuldades recentemente que eu acho que tem a ver com pessoas muito jovens, muito novas trabalhando com pouco conhecimento teórico mesmo da coisa...

2T3⁷⁴: Aí nós chegamos a um ponto de discutir internação num ambiente hospitalar e algumas pessoas viram e perguntam: “ué, mas como assim, a gente não dá conta aqui? Eu não sabia que não podia internar em outro lugar”...

2T5⁷⁷: São pessoas muito novas que nunca trabalharam, a formação também não forma pra estar nesse espaço, pra estar lidando dessa forma, a formação acaba sendo no cotidiano...

Muitos cursos de graduação universitária pautam as disciplinas de saúde mental pelo ensino da psicopatologia tradicional, baseada na classificação e no reconhecimento de sintomatologias. Não negamos a importância desse tipo de estudo, sobretudo para a formulação do diagnóstico diferencial, também necessário para a condução do Projeto Terapêutico Singularizado. A crítica se deve à desconsideração de amplos aspectos que determinam o processo saúde-doença mental, os quais são enfocados especialmente nos cursos de pós-graduação.

E também “a clínica do vínculo e a responsabilização de cuidados”, bem como a estrutura legislativa, passando pela lógica assistencial do SUS, são matérias em segundo plano nas universidades, o que é um dos problemas centrais enfrentados no processo da Reforma Psiquiátrica (Lobosque, 2010, p. 268).

Conforme mencionados anteriormente, os Programas de Capacitação e Formação dos Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, bem como a Supervisão Clínico Institucional dos CAPS, reconhecida nos discursos

como auxílio importante para o trabalho, são componentes da Política Nacional de Saúde Mental, os quais buscam preencher essa lacuna da formação, mas são insuficientes, dado que a base da formação, em muitas instituições superiores de ensino, ainda não sofreu alterações quanto ao referencial teórico concernente ao modo de atuação desejado.

A atuação num serviço de base territorial exige, mais do que aprender sobre um corpo, compreender como inserir esse corpo como parte do corpo social, para que possa se expressar e viver (Rotelli, 2008).

E o aprendizado nessa direção é cotidiano. Assim, constata-se que a formação se concretiza na prática. Mas, para isso, é preciso haver disponibilidade por parte do trabalhador em construir e reconstruir o seu saber, renunciando muitas vezes ao aprendizado tradicional recebido. Nesse sentido, os discursos vão desvelando a construção de possibilidades para o atendimento às situações de crise:

1T3¹⁹¹: E aprendendo acho que no dia-a-dia que isso não é tão difícil. Até hoje a gente vem aprendendo, eventualmente isso traz algumas dúvidas...

2T3⁷⁰: A gente ainda tem construído muito as possibilidades, esse tipo de paciente será que a gente dá conta aqui? Essa é uma pergunta sempre, daí vêm muitas das discussões e aí cada um traz uma teoria diferente, nós estamos numa área que são muitas as teorias, somos uma área que tem muito charlatão também...

2T5⁷²: Às vezes a gente fala assim: “será que a gente dá conta aqui? Aí a gente fala assim: “peraí, quem faria diferente? Quem faria melhor?”.

2T5⁷⁶: A gente tá sacando que CAPS III é possível, porque acho que a grande pergunta é assim: “Isso é possível?” porque não é, essa pergunta não é à toa, né? Foram quantos anos de uma única forma, de um único modelo, isso não se desconstrói, tanto internamente para os trabalhadores, né?

Nesse processo de construção, o trabalhador em sua prática cotidiana, ao indagar-se diante de situações para as quais as costumeiras respostas não condizem com a proposta de um serviço territorial, coloca-se numa posição de não saber, a qual conduz à construção de um novo saber, pois é “somente se continuarmos a repetir que *‘não sabemos nada sobre a loucura’* é que poderemos abrir nosso olhar, abrir nossa mente, abrir nosso corpo, abrir a cidade aos loucos” (Rotelli, 2008, p. 39).

O exercício da Reabilitação Psicossocial ainda é uma prática à espera de uma teoria, pois renunciar ao modelo estritamente clínico como referência para as ações, sobretudo aquelas que se dão no território, significa a necessidade de novas referências teóricas. Nesse processo, os trabalhadores devem estar atentos ao risco de basearem-se em antigos modelos de referências, os quais produziram uma prática insatisfatória. Ainda que haja uma necessidade urgente de referenciais teóricos, é preciso aguardar sem forçar o seu processo de construção e, enquanto isso, executar essas práticas que se mostram muito mais complexas e sofisticadas que os modelos de referência instituídos pela psiquiatria (Saraceno, 2001).

Considerando que os padrões de pensamento, sentimento e ação presentes na vida cotidiana devem ser flexíveis e assim não se cristalizarem, um dos conceitos componentes da vida cotidiana, o pragmatismo, conforme o qual as ideias não se elevam ao nível da teoria pois a atitude no cotidiano é essencialmente prática (Heller, 2004), também deve apresentar flexibilidade, o que compreendemos como a necessidade expressa nas falas de busca por referenciais teóricos para a viabilização de ações no território.

Nesse sentido, assumir uma postura crítica, de atenção às atitudes não condizentes com a perspectiva do serviço territorial, explicitar os conflitos inerentes à construção de uma nova prática, significa a não cristalização do pragmatismo na vida cotidiana e, assim, a superação de movimentos que induzem à alienação do indivíduo no cotidiano.

Ainda que haja capacidade de realizar esse movimento, a distância entre o ensino e a prática no modelo de serviço territorial, aliada a outras condições, é fonte de dificuldades e sofrimento para os trabalhadores.

Alguns estudos de diferentes orientações teóricas apontam vivências de sofrimento dos trabalhadores de saúde mental, relacionadas a diferentes condições, como: a precarização no trabalho, dada a baixa remuneração e diferenciação nos contratos de trabalho; as condições física e material insatisfatórias dos estabelecimentos; a rede de suporte e promoção social insuficiente; o excesso de encargos e responsabilidades; entre outras (Rammingier, 2008).

Dentre os aspectos causadores de sofrimento no trabalho, podemos considerar também aquele relacionado com a insuficiente organização para lidar com as situações de crise em um serviço territorial, a qual, conforme discutimos anteriormente, é algo que vem sendo construída neste CAPS. Observamos nos discursos, expressões de sofrimento e cansaço, as quais denotaram o momento da equipe com a vivência de uma situação pontual, a tentativa de evasão de um usuário pelos telhados do CAPS, o que mobilizou de forma intensa os trabalhadores de modo geral:

2T5¹⁴: Eu não sei, pelo dia que a gente viveu hoje [tentativa de evasão pelos telhados], eu acho que é mais ou menos isso, agora a gente pode alinhar [as figuras no cartaz], mas a gente viveu tudo isso...

2T4¹⁵: Mas também nada é muito alinhado, né?

2T5¹⁶: Um pouco de muito sofrimento...

2T3¹⁷: Cansaço, não tem ninguém cansado aí? [referiu-se à figura de pessoa cansada para colar no cartaz]

2T5¹⁸: Pode tirar uma foto nossa agora... (riso)

Ainda que com algum grau de sofrimento, esse aprendizado em torno da atenção à crise no serviço territorial tem se promovido no fazer e, assim, o fazer e o aprender se retroalimentam. A ação se faz sem a espera de um ensaio, constituindo-se uma prática viva, em que está expresso o desejo de fazê-la (Lobosque, 2003).

Além da formação e capacitação, os discursos apontam para a importância do apoio recebido dos gestores, tanto aqueles mais diretos, como o coordenador da equipe, quanto os articuladores de saúde mental do município. A clareza das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, com base nos preceitos da Reforma Psiquiátrica, foi um processo, uma construção dos trabalhadores e gestores. Isso significa um dos primeiros fatores de importância para o desenvolvimento do trabalho no CAPS:

1T3¹⁸¹: Mas acho um detalhe importante lembrar, nós sempre tivemos gestão que foi muito parceira nossa, gestão dos mais diversos níveis...

1T3¹⁸²: A gestão direta nossa aqui, a nossa coordenadora, se tem alguém que fala a linguagem da política antimanicomial é ela nesse município, então ela sempre nos bancou muito nesse sentido...

1T5¹⁸⁶: Isso foi construído eu acho.

1T5¹⁸⁷: Foi construído, não, foi literalmente construído.

As frases temáticas são coerentes com o dado encontrado na literatura: na cidade de Campinas, o comprometimento de gestores e trabalhadores proporcionou a expansão da rede de CAPS, a reabilitação e o acompanhamento em meio comunitário, a descentralização da assistência na figura do hospital psiquiátrico (Campos et al., 2009).

A clareza por parte dos gestores locais e municipais acerca das questões e diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica, na dimensão teórico-conceitual, embasa as mudanças no campo técnico-assistencial.

A Reforma Psiquiátrica, definida como um processo social que apresenta complexidades, deve ser compreendida em dimensões que são simultâneas e estão articuladas entre si, como a *dimensão teórico-conceitual*, em que estão alocadas várias questões, tais como: doença mental, isolamento, alienação, terapêutica, cura. Essas questões são referentes à produção de saberes que se fazem presentes e fundamentam o saber/fazer no campo da saúde mental. E a *dimensão técnico-assistencial* se refere à reconstrução dos conceitos apontados na dimensão teórico-conceitual, os quais se materializam nos espaços de sociabilidade, de trocas e de produção de subjetividades, por meio das ações técnico-assistenciais (Amarante, 2003).

A próxima frase temática revela reflexos da construção do campo teórico-conceitual na dimensão técnico-assistencial, acerca do cuidado em instituições fechadas:

1T3¹⁷⁶: Nós prezamos muito por isso também desde o primeiro dia, aqui não se interna em hospital psiquiátrico...

A negação, o fechamento do hospital psiquiátrico não finaliza na origem a cadeia de “psiquiatrização” do sofrimento, porém, ao ser extirpado um dos seus anéis centrais, produz, por consequência, importantes adaptações nos dispositivos médico-psiquiátricos e na cultura, os quais foram estruturados e alimentados em razão da existência dessa instituição (Basaglia, 2005a).

Dada a coexistência de serviços substitutivos ao lado de hospitais psiquiátricos em municípios brasileiros, nega-se a tensão que permeia os dois tipos de serviços. Além disso, a indisponibilidade para esse enfrentamento, por parte de gestores, produz na clínica dos serviços substitutivos contradições como a que se refere à hesitação no atendimento às crises e à recorrência às internações psiquiátricas nas instituições especializadas (Lobosque, 2010).

Em vez disso, conforme podemos constatar nos discursos que seguem, há uma determinada coerência das questões do campo teórico-conceitual que perpassa para a dimensão técnico-assistencial, tanto no que se refere à atuação de gestores quanto à dos trabalhadores e, assim, explicita uma compreensão que se reflete na força de resistência da equipe para posicionamentos que sejam contrários ao que está sendo construído:

1T3¹⁷⁵: Esse CAPS sempre teve sempre desde o primeiro dia pessoas que têm muito clara algumas questões da Reforma Psiquiátrica...

1T2¹⁷⁷: Acho que a história da criação desse CAPS é isso mesmo, a partir do momento que você, o profissional pode vir sem saber nada de saúde mental caiu aqui dentro a equipe molda ele dentro...

1T3¹⁷⁹: Nós compramos essa ideia... que aqui se faz Reforma Psiquiátrica...

1T3¹⁸⁸: Acho que nenhum gestor que pense diferente vai se criar aqui em algum momento...

1T4¹⁹⁰: A equipe já tem estruturada uma ideia de trabalhar, uma ideia de Reforma Psiquiátrica que é estruturada na equipe, então tem coisas que realmente não vão se criar aqui dentro...

1T2¹⁹⁶: É porque a equipe inteira banca sabe, não é só um ou dois, a equipe bancando, então por isso que aqui é tudo democrático também, aqui todo mundo tem voz, aqui todo mundo opina...

Portanto, observamos que a defesa da Reforma Psiquiátrica presente nos discursos de uma parte dos trabalhadores deste CAPS é um processo construído por meio de reflexões e discussões, conforme apontado pela última fala.

A partir da consideração de que a Reforma Psiquiátrica é um processo contra-hegemônico, pois está na contramão da “dominação da experiência subjetiva pelos aparelhos de poder, sejam eles jurídicos,

políticos, sociais ou científicos” (Amarante, 2008, p. 75), adotar uma postura em sua defesa significa estar no “olho do furacão” antimanicomial e, dessa forma, os CAPS são lugares de manifestação de enormes desafios e conflitos (Merhy, 2007) para os quais, segundo os discursos que seguem, não basta apenas a clareza das diretrizes do processo da Reforma Psiquiátrica, é necessária a crença de cada trabalhador na proposta:

1T3¹⁶⁶: Mas também acho que isso não é só política não, acho que isso tá no braço, no ombro de cada um que tá trabalhando aqui...

1T3¹⁶⁷: É talvez por isso que seja uma grande exceção, a política tá dada, mas eu acho que tem quem acredite mais e quem acredite menos e aí a coisa vai...

1T1¹⁶⁸: O pessoal aqui abraça muito, né?

Desse modo, os discursos indicam que as propostas do processo da Reforma Psiquiátrica são viabilizadas com os atores que nelas acreditam e apostam na concretude do trabalho que realizam. Os trabalhadores de saúde mental são afetados, tanto no sentido de serem atingidos por um discurso que ainda é contra-hegemônico, como também na perspectiva da afetividade, pois seu fazer envolve os sentimentos de crença e de desejo, além das emoções e do entusiasmo pela causa da saúde mental, como expressam as falas:

1T3²²⁰: Mas no geral a gente sente também que dificilmente alguém vem pra cá, saca o que nós estamos fazendo e começa a bancar junto e diz “não, não é bem isso que eu quero, eu vou embora”, dificilmente tem esse exemplo aqui: “você estão loucos! O que vocês estão fazendo? Eu vou embora!”, as pessoas ficam aqui.

1T1²²⁴: Passa a amar a proposta porque se você não gostar você não consegue ficar inteiro aqui, sem gostar, sem ter paixão, sempre eu falo: sem ter paixão não consegue ficar...

Os aspectos mais importantes da heterogeneidade na vida cotidiana são as habilidades e os afetos, os quais são tão diversos e heterogêneos quanto os tipos de atividades que os homens realizam. Um desses afetos é a fé, não apenas no sentido religioso, de crença em uma religião, mas a fé como um sentimento que acompanha todos os comportamentos humanos e, entre eles, também acompanha o comportamento de saber (Heller, 1991).

O saber na vida cotidiana é sempre e somente uma opinião, portanto não é um saber filosófico ou científico. Uma verdade cotidiana é sempre uma opinião, são verdades evidentes que, quando colocadas em dúvida e em discussão, levam as objetivações para si, ou seja, partem para esferas não cotidianas e trazem as marcas da contraditoriedade. O saber cotidiano significa que o homem particular se apropria das opiniões, incorpora a elas a sua própria existência e adquire, com isso, a capacidade de realizar a heterogeneidade de ações cotidianas (Heller, 1991).

A fé é um sentimento de certeza, de sim, de afirmação subjetiva. Nesse sentido, todo saber é acompanhado por um sentido de certeza e, como todos os sentimentos cotidianos, também o sentimento de certeza tem sempre um lado cognitivo. Os sentimentos de sim acrescentam potência ao indivíduo; do mesmo modo, os sentimentos de não despotencializam-no, gerando uma diminuição da potência. A fé multiplica as forças, dá impulso a quem crê, acrescenta energia na ação, mas também pode conduzir a enganos, levar a caminhos equivocados (Heller, 1991).

Desse modo, é esse afeto que faz com que se acredite em uma proposição a ponto de defendê-la. É esse sentimento que faz com que os trabalhadores possam apostar na e demonstrar a concretização da proposta antimanicomial com a intervenção no território, não apenas com palavras, mas com ações, pois a opinião, no sentido helleriano do termo, não pode ser separada da ação prática, a qual contém única e exclusivamente a sua verdade (Heller, 1991).

E, finalmente, a cultura manicomial como um desafio do trabalho no território é discutida com base nos discursos analisados.

O território é constituído de forma indissociável, por um lado, por uma dimensão simbólica ou cultural e, por outro, pela dimensão material, de natureza predominantemente política e econômica. Isso posto, significa dizer que o território caminha da direção política para a cultural, permeando as fronteiras entre os povos até os limites dos corpos e afetos das pessoas (Monken et al., 2008).

Desse modo, é possível verificar como o aspecto cultural em torno da problemática dos transtornos mentais está relacionado ao contexto político, econômico e social.

O estigma da loucura foi construído a partir do século XVIII, quando a loucura foi definida como doença mental e a forma de tratamento era pautada no isolamento e na segregação. O contexto histórico era o das transformações políticas e sociais produzidas pela Revolução Francesa (Nunes, Torrenté, 2009).

Com base na conceituação de identidade social, o estigma é definido como uma linguagem de relação, em que a presença de um atributo profundamente depreciativo em uma pessoa tem a função de confirmar a normalidade do outro. Desse modo, é mascarada a identidade social do indivíduo estigmatizado, sendo os preconceitos justificados pela presença de uma marca qualquer (Goffman, 1978).

No cotidiano, os preconceitos estão presentes como uma categoria do pensamento e do comportamento. O preconceito pode ser social ou individual, sendo que a maioria apresenta um caráter mediata ou imediatamente social. Como obra da própria integração social (sobretudo de classe), o preconceito tem a função de consolidar e manter a estabilidade e a coesão de uma determinada integração, pois “crer em preconceitos é cômodo porque nos protege de conflitos” (Heller, 2004, p. 48).

A busca por esta coesão social é que manteve as pessoas com transtornos mentais excluídas da cena social, legitimando o papel dos hospitais psiquiátricos, os quais ainda se mantêm vivos no imaginário social como solução.

Constata-se que a ausência do hospital psiquiátrico na rede de atenção à saúde mental facilita o processo de mudança, porém outros fatores, como o investimento político, são igualmente importantes (Passos, 2009).

Discutimos anteriormente que a presença do Hospital Psiquiátrico no território pode definir aspectos do atendimento à crise. Outro motivo que se relaciona a isso e fortalece essa aparente necessidade refere-se ao imaginário sobre a impossibilidade de convivência com esse sofrimento, pois

é fato que a circulação das pessoas com transtornos mentais pelos espaços públicos é extremamente recente em comparação à sua história de afastamento e segregação.

Além de outros problemas, como o subfinanciamento do SUS, a cultura manicomial, ainda radicada muitas vezes nos próprios profissionais de saúde e comunidades assistidas, faz-se presente no atual cenário da Reforma Psiquiátrica como um dos principais enfrentamentos (Amarante, Torre, 2010).

Em concordância com a literatura, é referido nos discursos que o maior desafio para o trabalho no território é em relação à cultura manicomial, ainda fortemente presente na sociedade:

2T5⁴¹: Das coisas que limitam? Nossa, primeiro a cultura no território com relação ao sofrimento, com relação à loucura, eu acho que na verdade esse é o grande desafio de todos...

2T5⁸²: Você continua vendo as pessoas brincando assim “ah, vai pro Juquery, vai”, né? Assim, em São Paulo, por exemplo, “vai pro Pinel”, isso é muito cultural e continua se reproduzindo...

2T5¹¹⁴: Eu acho que, quando a gente fala da cultura é nesse sentido, já tem um familiar e, quem não teve, se você olhar se tem, é próximo à loucura, mas você afasta, o sofrimento você afasta de você, e quanto mais afastado lá no Hospital...

2T4¹²²: As nossas dificuldades são de quem está na tentativa de construção mesmo, tanto de uma nova (...) tecnologia do cuidar, quanto de uma nova cultura, então acho que as dificuldades são por conta de ser novo e da gente estar tentando (...) afirmar isso que a gente acredita...

Nesse sentido, as frases temáticas apontam dificuldades concretas enfrentadas na implantação do CAPS no bairro:

1T3⁹⁵: Agora é, nem tudo são flores, eu queria comentar algumas coisas do território assim, particularmente no começo aqui, eu lembro da primeira reunião que nós fizemos convidando a vizinhança, a vizinhança próxima mesmo aqui do CAPS pra contar pra eles que aqui tínhamos um CAPS e o que ia ter num CAPS e tal.

1T3⁹⁶: Campinas tava sofrendo alguma dificuldade de um determinado serviço, de um outro CAPS que se instalou numa região nobre da cidade e a região, os moradores daquela região nobre se revoltaram...

1T3⁹⁷: E aqui nós tivemos uma surpresa, tinha uma família, algumas famílias, particularmente a família da casa do lado aqui deixou claro qual era a posição deles de insatisfação com a vinda do CAPS pra cá. Eu acho, muito obviamente pelo desconhecimento do que se daria aqui.

1T3⁹⁸: Chegamos a ouvir palavras do tipo, “olha, nós vamos processar vocês pra vocês saírem daqui”, coisas do tipo, “vamos mover alguma coisa na justiça”, mas nunca se deu nada disso...

1T3¹⁰⁷: Eu penso que as pessoas tinham no imaginário isso: “lá vem, eles vão instalar aqui um hospital psiquiátrico”, alguma coisa assim, que ia trazer barulho, pessoas agressivas, eu tenho a impressão que era isso tava no imaginário...

1T3¹⁰⁸: Do estigma mesmo do doente psiquiátrico, então isso caiu por terra, nunca tivemos uma intercorrência mais séria assim não, exceção das exceções foi essa que eu contei, que foi muito tranquilo resolver...

Na década de 1990, com o processo de desinstitucionalização do Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira (SSCF) e a implantação de novos serviços e projetos, houve o posicionamento de rejeição da comunidade circunvizinha, do distrito de Sousas, que expressou preocupação com a presença das pessoas com transtornos mentais nos espaços públicos. A medida tomada pela equipe foi a de escuta, compreensão e repasse de informações e a inclusão dos usuários nos eventos coletivos locais, como feira de artesanato e participação em bloco de carnaval (Valentini, Vicente, 2001). Além disso, teve início em 2005, também por parte do SSCF em um projeto radical de desospitalização, a montagem de residenciais terapêuticos, o que também enfrentou resistência por parte da vizinhança, sobretudo dos bairros com nível sócio-econômico mais elevado, ao contrário daqueles locais com níveis médio-baixo e baixo. Também foi realizado um trabalho de informação e orientação com a comunidade local (Queiroz, Delamuta, 2010).

A oposição da vizinhança a respeito da implantação de um serviço de saúde mental no bairro pode ser enfrentada de duas formas. A primeira é manter a confidencialidade dos usuários, omitindo informações a respeito dos novos residentes. A segunda é investir no envolvimento da vizinhança no processo de desenvolvimento do serviço. Não há um consenso em âmbito internacional acerca dessa questão. Os argumentos a favor da omissão ou do compartilhamento de informações são vários, tais como considerar que a divulgação antecipada pode dificultar a efetiva implantação do serviço por causa do estigma ou compreende-se que apostar no diálogo com os vizinhos é a melhor estratégia com resultados a longo prazo (Thornicroft, Tansella, 2010).

Além da vizinhança, os discursos apontam dificuldades iniciais no relacionamento com o Conselho Local de Saúde (CLS):

1T1¹⁰⁵: O Conselho de Saúde, nós tivemos dificuldade na época pra abrir, eles não entendiam o que era o trabalho...

1T3¹⁰⁶: Eu acho que tudo tinha a ver no começo com o desconhecimento da proposta...

O CLS referido no discurso havia sido implantado há pouco tempo e, em 2008, segundo informante, todos os CAPS III passaram a contar com esse dispositivo.

Para o exercício do Controle Social, conforme determina o SUS, o CLS se constitui em um dos espaços coletivos para a participação da comunidade. É composto por usuários, trabalhadores e gestores, e trabalha conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde. Sua função é a de controlar e fiscalizar a política municipal de saúde em nível local e regional. Dessa forma, está próximo aos problemas enfrentados pela população no cotidiano (Ferraz, 2009).

Os discursos apontam ainda que trabalhadores de outro serviço de saúde apresentam comportamentos preconceituosos em relação ao usuário do CAPS:

1T3²⁴⁵: [No CS] Rotulou que é paciente psiquiátrico, o cara já não se dispõe nem a perguntar, né? E já tá implicado que não adianta perguntar porque: “ele vai me responder coisa que eu não quero saber e tal”...

1T1²⁴⁷: Se você tá junto, eles não dizem nada pro paciente, só conversam com a gente.

1T1²⁴⁹: Paciente sem voz, às vezes você tá acompanhando, eles não dirigem a palavra pra pessoa, eles dirigem pra gente como se o outro não falasse, não ouvisse, se não tivesse voz...

As frases temáticas, ao desvelarem a desconsideração e ignorância com que a pessoa com transtorno mental é tratada em outro serviço de saúde, confirmam o estudo realizado acerca dos tipos de violência vivenciados por usuários de CAPS. As atitudes de distância ou até de repulsa, que em casos mais drásticos pode culminar em morte, são mascaradas pelo eufemismo da falta de preparo dos trabalhadores para lidar

com a situação. Esse é um tipo de violência institucional em que as discriminações ocorrem no próprio setor da saúde (Nunes, Torrenté, 2009).

Apesar de o discurso indicar a necessidade cotidiana de ações diretas contra o preconceito, revelando que somente a presença do serviço na comunidade não é suficiente para a produção de mudanças nas relações, ou seja, no âmbito sociocultural, não é realizado qualquer tipo de atividade diretamente direcionada a este fim.

2T5⁴²: O CAPS é apenas um equipamento, ele é um veículo para que essa cultura se transforme.

2T1⁸⁴: A gente tem que trabalhar aqui também com o preconceito, todos os dias com o preconceito...

2T3⁸⁵: Tá aí algo que talvez elencado como problema que a gente deveria pensar...

A luta contra o preconceito deve sim ser diária. O trabalhador ao buscar combater os estigmas, sobretudo de periculosidade e incapacidade, contribui para a inserção social do usuário, mas, para isso, deve também estar atento para não reproduzir os preconceitos em sua prática.

Estudos indicam os benefícios de intervenções educacionais, como campanhas de conscientização direcionadas, por exemplo, a oficiais de polícia ou estudantes. No entanto, há evidências mais fortes de que a redução do estigma se dá por meio do contato direto entre as pessoas, no nível individual, o que geralmente produz diferença positiva (Thornicroft, Tansella, 2010).

Nesse sentido, os serviços territoriais de saúde mental devem direcionar ações que possam proporcionar cada vez mais o contato, a aproximação, enfim, a convivência na comunidade. Essa é a “tecnologia” a ser empregada em intervenções diretas na luta contra a estigmatização.

Dentre as dimensões da Reforma Psiquiátrica que mencionamos anteriormente, a sociocultural expressa o objetivo maior desse processo, pois tem como meta a transformação do imaginário social acerca da pessoa com transtorno mental como indivíduo incapaz, perigoso, sem razão, ou seja, busca, por meio de um conjunto de ações, um outro lugar social, transformando as relações entre sociedade e loucura (Amarante, 2003).

Inúmeros fatores compõem e influenciam diretamente essa almejada transformação, como a questão macro-estrutural. Assim, o território é atravessado pela dimensão político-econômica com reflexos na dimensão sociocultural. Nesse sentido, os discursos abaixo não consideram o aspecto macro-estrutural a que está submetida a sociedade, pois não foi primeiro em nome de uma cultura que os asilos foram criados, mas sim como resposta às transformações impostas pelas condições do modo de produção.

2T5⁸⁷: Mas o que eu gostaria que tivesse, como a gente só lida com instituições (riso) essa única forma que é, então mais pra frente fale “olha não vai pra lugar nenhum, tá na rua mesmo”, como era antes de existirem os hospitais, né? Assim, é extremamente cultural, né? Esse é o nosso grande nó.

2T5¹¹⁹: Eu queria um dia, que corpo de bombeiros quando fossem chamados, quando fossem acionados pelas famílias que tá com o usuário de drogas em sofrimento, de que ele tenha primeiro o olhar não da transgressão, eu acho que é uma pessoa que está em sofrimento...

2T5⁷⁹: Além da questão da formação dos trabalhadores, também tem, como é que você desconstrói esses séculos de, pra sociedade como resposta, como é que se faz isso? Então na verdade é cultural mesmo...

2T5⁴³: Na verdade, é o nosso grande enfrentamento no território, então acho que isso é uma dificuldade que a gente tem que superar, que a gente tem que reconstruir, tem que construir realmente uma nova cultura com relação ao sofrimento...

2T2¹²⁰: Não sei se o pessoal sabe, mas o dia que o irmão do [usuário] ficou mal lá, os PM trouxe pra cá (...) o pessoal viu que ele tava, era drogado, aí daqui esperaram o SAMU chegar, pra levar ele pro PS, então já tá começando, é processo lento.

2T1¹²¹: Referência que eles já têm.

Nesse sentido, a construção de uma nova cultura se torna viável a partir de ações que façam o uso do território tanto diretamente, com enfoque cultural, quanto aquelas que envolvam aspectos sociais mais amplos, como a questão da moradia e do trabalho, como pilares da Reabilitação Psicossocial.

Sintetizando o exposto até aqui, consideramos, por meio dos discursos, que a representação dos trabalhadores acerca de território é a de um espaço potencializador das ações de cuidado para além dos muros do CAPS. É, ainda, um espaço sem dimensões, visto que apresenta como significado o lugar das relações sociais.

As nuances desse território, expressas nas diferentes formas de convivência, mediadas por forças econômicas e sociais que caracterizam a condição social desfavorável da população atendida, também figuram nos dizeres dos trabalhadores. Essa concepção é coerente com o que é trazido por Santos (2007), pois um lugar é transformado em território mediante a identidade, as relações de poder, as inter-relações intermediadas pelos aspectos cultural, econômico, social, legislativo, político, etc.

Dessa forma, está presente nas falas a imagem do território em que se situam o serviço e a população atendida como um espaço marcado por intensas vulnerabilidades sociais.

As ações no território é que dão significado para o cotidiano do serviço e nisso reside a importância dessas intervenções, as quais diferenciam um hospital psiquiátrico de um serviço comunitário e permitem um outro olhar para o sujeito em condição de grave adoecimento psíquico.

Assim, é preciso conhecer o contexto em que o serviço se encontra, ou seja, os recursos e as necessidades da população nesse território. Nesse sentido, necessidades, demandas e desejos são tomados nos discursos como conceitos sinônimos quando, de acordo com a literatura, não são. Por outro lado, é expresso nas falas que as necessidades de reprodução social encontram guarida no campo da Saúde, especificamente no serviço de saúde mental, o que permite uma maior permeabilidade entre o serviço e o território, facilitando, de acordo com os discursos, a entrada nos contextos de vida das pessoas.

O serviço apresenta-se organizado para o trabalho em forma de mini-equipes de referência, seguindo a lógica da territorialidade, o que propicia uma maior proximidade com o contexto e a responsabilização do trabalhador em relação ao usuário referenciado. Tal configuração se deu após um período de atividades do CAPS, como uma probabilidade de melhoria do cotidiano do serviço.

A representação de serviço territorial para esses trabalhadores é a de uma casa de portas abertas, ou seja, um espaço acolhedor, que tenha como base a liberdade dos indivíduos. Essa concepção também está presente no

discurso dos usuários, demonstrando que se esboça um novo conceito quanto à forma de tratamento no imaginário social.

No entanto, apesar desse ser o papel do serviço territorial, o cuidar em liberdade, observamos nos discursos que o CAPS não apresenta uma organização adequada para o atendimento das situações de crise, as quais evidenciam que concepções e práticas pertinentes a um modelo asilar se fazem presentes nesse ambiente institucional. A fragilidade da relação de rede com os demais equipamentos responsáveis pela resposta de urgência e emergência psiquiátrica exemplificam esse quadro, demonstrando que ainda não foi alcançado o equilíbrio necessário entre a atenção hospitalar e a dos serviços territoriais como ponto fundamental para o desenvolvimento da saúde mental comunitária.

Os principais elementos favorecedores de um cuidado à pessoa com transtorno mental no território estão relacionados à clareza dos princípios da Reforma Psiquiátrica e das diretrizes do CAPS. A proposição de uma clínica que verdadeiramente substitua a intervenção centrada em único espaço necessita da constante afirmação das proposições antimanicomiais, sobretudo diante de situações de crise, a fim de não serem fornecidas respostas automáticas que tenham como base o mecanismo asilar – fugas, contenções, etc.

Nesse sentido, ainda se fazem presentes nos discursos esses elementos que remetem a intervenções próprias de uma lógica psiquiátrica. Por outro lado, as falas indicam que o uso de contenção, modo próprio de intervir que é tido como medida natural nos hospitais psiquiátricos, no serviço territorial causa estranheza, é motivo de discussão, de reflexão e de mudança de postura.

Assim, ao lado de ações dessa natureza, observa-se, também em situação de crise, a não separação entre sujeito e contexto, através do uso de atividades que exploram os recursos do território, não como entretenimento, mas como um mecanismo que coloca o usuário em relação com o outro.

A intersetorialidade é outro elemento da organização do serviço de saúde mental, representando na fala a possibilidade de prevenção e

promoção de saúde mental, além do estabelecimento de convivência, por meio da relação com outro serviço de saúde e com a escola do bairro.

O trabalho em uma equipe que se propõe a discutir e age de forma interdisciplinar possibilita os enfrentamentos do processo de produção das ações no território. Esse é um aspecto importante que está presente na equipe.

A “tomada de responsabilidade” somente torna-se uma realidade nos CAPS a partir da construção cotidiana de alguns processos, quando há apoio de gestores, quando os trabalhadores de saúde mental apresentam clareza dos princípios do processo da Reforma Psiquiátrica e transitam de algum modo pela dimensão dos afetos, quando as dificuldades são enfrentadas na base do diálogo e das discussões construtivas, momentos em que é possível refletir sobre as práticas por meio de instrumentos importantes, como a supervisão institucional e as reuniões de equipe.

O principal desafio do trabalho no CAPS, cotidianamente enfrentado, é a cultura manicomial, pois que no território se fazem fortemente presentes as dimensões de natureza política e econômica, por um lado, e cultural por outro. Os discursos apontam as dificuldades enfrentadas no âmbito sociocultural, sem permearem as questões macro-estruturais que as sustentam.

Os CAPS, como constatado inicialmente por meio da revisão de literatura, não exercem suas ações conforme sua natureza territorial, para a qual foram criados. Tornar-se realmente um serviço substitutivo da atenção à saúde mental, centrada nas instituições hospitalares, passa obrigatoriamente pela relação com o território. Esse é um processo ainda em construção e que depende de uma série de fatores. Os CAPS não são prontamente criados como serviços territoriais, tornam-se, transformam-se na medida em que são realizadas as ações que tenham como diretriz o território.

4.3 PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho foi estudado por diferentes autores, porém a particularidade das análises do tema em Marx é a consideração das circunstâncias concretas em que se desenvolve o processo de trabalho concreto, do modo em que este se realiza para a sociedade em seu conjunto (Heller, 1991).

Na perspectiva do Materialismo Histórico e Dialético (MHD), o trabalho pode ser definido como um processo em que o homem, por meio de sua ação, transforma e controla seu intercâmbio com a natureza. Na medida em que se coloca inteiro nesse movimento, além das modificações impressas, úteis para a vida humana, modifica a sua própria natureza (Marx, 1985).

Nesse sentido, o homem se constrói de forma permanente, mediado por sua ação, e assim vai construindo a sua realidade em um dado espaço social como um ser histórico (Milhomen, Oliveira, 2007).

O trabalho é determinado pelas necessidades humanas em um processo em que estão articulados o objeto, os meios e a finalidade. Dessa forma, os componentes integrantes do processo de trabalho são: o próprio trabalho, que é a atividade humana propriamente dita direcionada a um fim; o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho; os meios ou instrumentos de trabalho, um complexo de coisas que o homem coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho. Tais componentes são todas as condições necessárias para a realização do processo de trabalho. O processo de trabalho extingue-se quando o produto é concluído, ou seja, quando se atingiu a finalidade da ação (Marx, 1985).

O homem como um ser social, em diferentes condições históricas de reprodução, compõe a sociedade que, mais do que um conjunto de indivíduos, expressa-se pela soma de relações e condições estabelecidas, nas quais se encontram imersos os indivíduos e que somente por meio das relações entre si entram nos processos de trabalho. As relações sociais dos

homens entre si e as condições de produção e de distribuição do processo entre os homens caracterizam o modo de produção (Gonçalves, 1992).

As três dimensões do processo de trabalho, o objeto, os meios ou instrumentos e a finalidade, não são dissociáveis e apenas coexistem numa relação histórica dialética com o modo de produção capitalista, o qual reflete nossa sociedade de classes com característica marcadamente competitiva e excludente (Oliveira, 2007).

No campo da Saúde, o trabalho está focalizado além do corpo humano, pois considera suas dimensões subjetivas e objetivas, e não está dissociado das suas relações históricas e sociais, sendo, portanto, os objetos de trabalho e as necessidades de saúde historicamente determinados (Milhomen, Oliveira, 2007).

Nos processos de trabalho em saúde e em educação, não se objetivam bens materiais, não sendo possível a acumulação de capital e produção de valor monetário. Nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde reorganizou-se em torno de dois eixos principais: uma forma de controle da doença em escala social para recuperar a força de trabalho e, ainda, um modo de ampliar efetivamente os direitos e também o consumo das classes sociais subalternas (Gonçalves, 1992).

O processo de trabalho é determinado por três grandes dimensões e na área da saúde, especificamente da saúde mental: a *estrutural*, que conforma o conjunto de diretrizes políticas na área da saúde pública, o SUS e a Política Nacional de Saúde Mental; a *particular*, que se refere aos dispositivos de interdependência ou de colaboração nas ações do sistema de saúde, como o CAPS III; e, por último, a esfera *singular*, que corresponde aos projetos, à organização do serviço e aos resultados produzidos por ele, ou seja, à capacidade do serviço produzir saúde (Silva, Fonseca, 2005). Neste estudo, abordamos o processo de trabalho concernente às intervenções no território e, dessa forma, nosso enfoque na esfera particular diz respeito às ações realizadas fora do âmbito físico institucional do CAPS.

O processo de trabalho consoante ao modelo de atenção psicossocial apresenta como objeto de trabalho uma determinada população inserida em um dado contexto territorial, tendo como finalidade a produção de saúde

mental traduzida como reabilitação, redução de dano, prevenção e promoção, e os instrumentos utilizados são os mais variados possíveis, representados por uma organização do trabalho que possa romper com a organização essencialmente médica no serviço, contar em seu planejamento com a participação de toda a equipe em um trabalho no qual a divisão não seja burocrática e ser flexível diante das demandas de cada caso e dos resultados obtidos. Dessa forma, tal processo de trabalho se contrapõe ao modelo asilar, no qual o objeto de trabalho é a doença, a finalidade é a cura ou a adaptabilidade social e os instrumentos configuram um projeto terapêutico com a competência quase que exclusivamente do médico, com o auxílio dos demais trabalhadores (Silva, Fonseca, 2005).

Resultou da análise do material empírico dos discursos dos trabalhadores a categoria Processo de Trabalho, discutida a partir dos temas principais: finalidade, objeto de trabalho e instrumentos.

4.3.1 Finalidade

A finalidade do processo de trabalho, como dissemos anteriormente, é a ação direcionada a um objetivo que é previsto pelo trabalhador, antes e durante a execução do trabalho. É o “para que” do processo de trabalho.

Ao analisar os discursos dos trabalhadores, observamos que as finalidades no processo de trabalho no território a partir do CAPS são marcadamente o cuidar em liberdade e a promoção de transformações nas relações sociais; de forma menos enfática, pretendem a transformação dos espaços sociais por meio de intervenções que envolvem questões relacionadas às políticas públicas.

O cuidar em liberdade foi pontuado na fala como um dos objetivos gerais do trabalho realizado:

1T3¹⁵⁸: Acho que a gente tá falando de objetivos mais específicos talvez, mas eu penso que é objetivo mais geral, é trazer ao pé da letra mesmo aquela coisa do cuidar em liberdade.

A concepção do cuidado em liberdade é a expressão das lutas empreendidas no processo da Reforma Psiquiátrica, desde a década de 1980, para a transformação de uma assistência psiquiátrica pautada pela segregação, exclusão e, portanto, pela restrição da liberdade individual. De tal modo, essa é uma das bandeiras dos CAPS, dado que se configuram como serviços substitutivos à internação consoante à lógica asilar.

Desse modo, no sentido de ampliar e discutir a perspectiva dos serviços substitutivos, o tema do I Congresso Nacional de CAPS, realizado na cidade de São Paulo, em 2004, foi “Cuidar em Liberdade e Promover a Cidadania”, quando o número de serviços chegava a pouco mais de quinhentas unidades no país¹².

Em Campinas, na década de 1990, um convênio de co-gestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital Psiquiátrico Cândido Ferreira foi firmado, configurando dois modelos: um da rede básica e outro da co-gestão com o hospital, resultando numa hibridez na assistência à saúde mental. Por um lado, buscava-se construir transformações na rede básica, por meio do planejamento local e da autonomia da equipe; por outro, desconstruir o manicômio, reformulando concepções e práticas (Luzio, L’Abbate, 2006).

Assim, o processo de mudanças direcionado para o cuidado em liberdade intensificou-se a partir de 2001, pois até esse ano os recursos disponibilizados para a saúde mental ainda eram cerca de 60% para a internação integral, no modelo tradicional psiquiátrico (Campos, 2001).

Com o convênio de co-gestão, foi possível garantir o progressivo e contínuo investimento técnico e financeiro, visto que os recursos financeiros de fechamento de leitos psiquiátricos da cidade foram revertidos para o processo de Reforma Psiquiátrica. Assim, iniciou-se a implantação de CAPS em Campinas, porém foi a partir de 2001 que ocorreu o aumento em número desses serviços, bem como a modificação para CAPS III (Figueiredo, Santos, 2008).

No CAPS em estudo, o seu funcionamento na modalidade de atendimento 24 horas datava de aproximadamente um ano à época da

¹² Informação retirada do site:

http://portalweb01.saude.gov.br/saude/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=10097
[Acesso em 4/7/2004].

coleta de dados. Desse modo, a produção de um cuidado em liberdade é bastante recente e nas situações de crise apresenta-se complexo, como discutimos anteriormente acerca da concepção de serviço territorial, a “porta aberta” do CAPS.

As frases seguintes revelam a responsabilização dos trabalhadores em difundir essa finalidade para os usuários e familiares, ainda que esteja presente certa hesitação para afirmar a necessidade de tutela por parte do serviço territorial:

2T1⁸⁹: E uma incumbência nossa é estar passando pra eles que é um espaço de liberdade mesmo que, às vezes, a gente tenha que segurá-los, às vezes, num momento difícil, tá tentando passar pra familiar, pra sociedade que aqui é um espaço que cuida com liberdade...

2T1⁹⁰: E a gente já tá ouvindo muitas vezes usuários falar, né? Que aqui é um centro de atenção, né? De reabilitação, muitos deles já têm, uma parte deles já tem essa consciência, esse, que tá aqui com a gente, que é um espaço que cuida com liberdade, bem diferente de outros espaços.

O cuidado em liberdade evoca um posicionamento de gestores, dos trabalhadores de saúde mental, dos usuários e seus familiares, pois demanda a mudança nos papéis desses atores, não mais cristalizados, não mais uma atuação proporcional ao modo asilar. Esse é um processo em que deve buscar-se a problematização e a contextualização do que representa liberdade,

[...] autonomia, responsabilidade, risco, e produzir estratégias, vínculos, e projetos que possibilitem co-participação, reconhecimento dos saberes e dos recursos dos usuários e dos familiares, fortalecimento de contratualidade, leitura conjunta das situações, ampliação da compreensão das possibilidades de escolha, e potencialização do protagonismo e do poder de decisão. [...] Trata-se de compreender que a ação de produção de liberdade não significa operar em um campo sem conflitos e antes, implica superar a atitude dilemática e os diversos modos simplistas de manejo de conflitos a partir da anulação de um dos pólos (Nicácio, Campos, 2007, p. 148).

Nesse modo de cuidar, não é possível passar ileso às tensões, aos conflitos e contradições, pois se trata de uma complexidade que envolve a liberdade e o direito das pessoas, a responsabilidade ética e sanitária com o sofrimento, a fim de que esta liberdade não seja compreendida como abandono. Assim, a afirmação da liberdade não é uma produção simples no

contexto dos serviços territoriais e a mesma não se dá se não for uma perspectiva dos gestores e trabalhadores, visto que implica antes de tudo a equipe (Nicácio, Campos, 2004; 2007).

O intento de cuidar em liberdade, que influencia diretamente os atores envolvidos, reflete-se também nas relações sociais mais ampliadas, pois permite que os usuários usufruam do livre acesso ao serviço de saúde mental, do compartilhamento de seu cotidiano junto às demais pessoas que não estão relacionadas ao ambiente exclusivamente da assistência psiquiátrica, mas ao contexto do bairro, do comércio, de outras instituições, realizando atividades de forma conjunta, como em centros de convivência. Consideramos que isso provoca mudanças, ainda que mínimas, na forma de perceber e conviver com as pessoas com transtornos mentais.

Desse modo, o serviço responsável por esse cuidado está comprometido com a colocação das pessoas em outro lugar efetivo de relação com a diferença. Isso significa que a atuação no território, como locus privilegiado do exercício das relações sociais, tem como finalidade intervir nos espaços de convivência dos usuários, como é observado na fala abaixo:

1T5³⁴: O que acho que é importante quando a gente estabelece, a gente acaba articulando o serviço em território é de realmente você tentar dar conta de todos os níveis de convivência que existem, seja da igreja, seja o conviver do clube, seja o conviver no botequim, ou então do vizinho...

Territorialidade e cultura apresentam significações parecidas. A cultura é um meio de comunicação do indivíduo e do grupo com o universo e também é um reaprendizado das relações profundas entre o homem e o seu meio, resultante do próprio processo de viver. O território, por sua vez, para além de um simples conjunto de objetos, é também um dado simbólico e a territorialidade é resultante da comunhão que se mantém com o lugar, ou seja, a posse, a identidade e as relações de poder é que transformam o lugar em território (Santos, 2007).

Assim, a desejada transformação sociocultural que se busca com o processo da Reforma Psiquiátrica não se conquista de outro modo que não seja com as intervenções no território.

Até que ponto o CAPS deve se envolver com as questões sociais que denunciam as precárias condições de vida das pessoas para as quais presta o cuidado no território? Este é outro tema manifesto nos discursos.

Quanto à resolução de problemas sociais de forma mais ampliada, que não dizem respeito somente ao usuário, mas ao contexto em que ele se situa, os fragmentos de textos revelam que há uma compreensão acerca do papel comunitário desempenhado pelo serviço, porém há um limite do alcance das ações realizadas e, por outro lado, dúvidas quanto ao que deve ser função do CAPS:

2T5¹⁴³: Se tá entendendo como território a casa, nossas ações foram muito grandes e continuam sendo, nós somos bom, muito, estamos ficando com “know how” nisso. Agora, fora da casa, na vizinhança, eu acho que isso, muito pouco ainda...

2T5¹⁴⁴: Nós transformamos a casa da [usuária] é justamente o caso que a gente discutiu, então na casa da [usuária] poxa a gente conseguiu chamar a Prefeitura, conseguiu arrumar o kit não sei o quê, conseguiu arrumar aquele bueiro, poxa, mas na rua que não foi asfaltada, a gente não conseguiu mobilizar, ter outras ações sociais que conseguissem transformar aquele território.

2T5¹⁴⁵: Eu acho que esse também é, pra um serviço territorial, é de apontar, de articular, de buscar articulações, eu sei que isso está pra além das nossas pernas hoje...

2T2¹⁴⁶: Eu também ia falar isso, se é função do CAPS...

2T5¹⁴⁸: Eu não sei se é uma função, não tô dizendo que seja uma função, mas eu acho que quando você começa a transformar efetivamente a vida das pessoas e a vida de uma comunidade a ponto de, eu acho que, eu acho que você consegue transformar efetivamente aqueles espaços, eu acho que é isso, não sei se a gente chegou lá...

2T5¹⁵⁰: Esse é o meu olhar, acho que a maioria dos colegas... Concordam com isso?

2T2¹⁵¹: Se for trabalho pro território, pra fazer pro território, como a P2 falou, de saneamento essas coisas aí acho que (...) isso aí tá parado. Agora trabalhar, por exemplo, os vizinhos pra ter um olhar ampliado para os nossos usuários aí sim...

Se o trabalho em saúde mental é revestido por um viés político e social, o qual ultrapassa o enfoque clínico-biológico, sem dúvida que questões mais abrangentes e não restritas à área da saúde devem ser consideradas, por meio de parcerias, do estabelecimento de relações com órgãos e instituições responsáveis que possam de fato resolver a situação

emergente, ou seja, a intersectorialidade é fundamental. Nesse sentido, pode ser aplicado o mapeamento dos recursos presentes no território: quais as instituições para as quais se devem encaminhar determinadas demandas sociais?

Além disso, promover a conscientização das situações em que estão envolvidos os usuários, seus familiares e vizinhança, quando possível, no sentido de estimular a mobilizarem-se para requerer seus direitos, é uma forma de intervenção ao alcance dos trabalhadores, por meio da participação dos mesmos em reuniões de associação de bairro, por exemplo, expondo os problemas que afligem o usuário e que atingem outras pessoas.

Um problema individual pode ser considerado e transformado em contradição de todos os sujeitos imersos naquele meio social, implicando, dessa forma, no envolvimento de todos para que possam compreender “o sentido da violência de que são objeto e organizar ações coletivas para superar tais contradições” (Freitas, Ribeiro, 2006, p. 310). A assistência também significa a tomada de consciência das pessoas, o envolvimento dos interessados com o objetivo de trazer à tona os sofrimentos enfrentados decorrentes da exclusão, a discussão da competência das responsabilidades e as alternativas que possam ser tomadas.

A ação cabível nesse sentido significa o estímulo ao exercício da cidadania que é muito mais do que uma conquista individual, visto que o seu desenvolvimento não se dá de forma isolada. É por intermédio da organização de grupo que são encontrados os meios possíveis para reunir e multiplicar as forças individuais e é dessa forma que o “campo de luta se alarga e que um maior número de pessoas se avizinha da consciência possível, rompendo as amarras da alienação” (Santos, 2007, p. 103).

Sendo o cidadão um indivíduo num lugar, é no nível estritamente local que devem ser resolvidas as problemáticas impeditivas de uma vida decente e digna para todos, como as questões relacionadas à educação, saúde, moradia, transporte e outras necessidades elementares. Assim, se almejamos a cidadania, transformações no uso e gerenciamento do território se impõem (Santos, 2007).

Compreendemos nesta discussão que a promoção da cidadania, ainda que implícita, permeia a compreensão acerca da finalidade de trabalho no CAPS, seja por assumir a proposição do cuidar em liberdade como objetivo geral das ações, seja por construir lugares acolhedores para a diferença por meio da busca de modificação possível no aspecto cultural e também pela concepção da necessidade de intervenção nos espaços de vida das pessoas, o que propicia o olhar para as suas condições materiais, para além dos sintomas dos transtornos mentais.

4.3.2 Objeto de trabalho

A finalidade do trabalho é direcionada a um determinado objeto sobre o qual os instrumentos terão a ação e no trabalho em saúde este objeto é o homem em sua complexidade, da qual faz parte, além da objetividade, a subjetividade concernente às relações mediadas por desejos e afetos que o compõem como um sujeito histórico, com suas necessidades de saúde, as quais são determinadas social e historicamente, conforme as concepções de saúde e doença em um dado tempo e espaço (Bichaff, 2006).

Nesse sentido, buscamos revelar e discutir como tem sido compreendido o objeto de trabalho no discurso dos trabalhadores do CAPS, nesse movimento de superação do modelo de atenção hegemônico.

Podemos constatar que, diferentemente de um olhar centrado na doença, que é o objeto da prática psiquiátrica tradicional, o usuário passa a ser visto como um sujeito em relação, onde o seu comportamento e os sintomas apresentados não são mais o foco da intervenção, mas são aspectos que o afetam na sua rede social, no seu contexto de vida, conforme a fala abaixo:

1T3²¹²: Não faz sentido para os nossos usuários ser de outra maneira, a percepção é essa, ninguém vem aqui só discutir suas alucinações auditivas (...) vem aqui dizer o que isso implica na relação com o vizinho, com o bairro, né? Com o traficante...

Não apenas o uso da medicação para calar os sintomas ou a expressão dos mesmos para a interpretação simbólica, mas sim a significação dessa alteridade no jogo da trama social, no cotidiano vivo das relações sociais. Assim, não se trata de negar a psicopatologia, mas inserir a sua compreensão na relação com o outro, na concretude das situações vivenciadas pelo indivíduo em uma dada rede social.

Nesse sentido, o discurso seguinte afirma que o instrumento, a medicação, é apenas uma parte do tratamento, já que as condições concretas de vida são consideradas no processo de cuidado:

2T1⁵⁸: Porque às vezes a gente vai, a medicação vai junto, mas junto com a medicação a pessoa também tem que ter uma forma digna de sobreviver.

Ou então:

1T1¹⁹⁷: Muitas vezes uma conversa, até um abraço, né? É até muito melhor até que uma injeção, né?

Talvez pelo fato de que o objeto de trabalho não seja compreendido como a doença em si, nos discursos a escuta e o afeto sugerem ser elementos substituíveis ao uso da medicação. Consideramos a importância desses elementos para o estabelecimento e a manutenção do vínculo necessário entre o trabalhador e o usuário. No entanto, o manejo medicamentoso é parte fundamental no tratamento dos transtornos mentais, o que não significa a sua defesa como a única forma de intervenção para amenizar o sofrimento humano.

O cuidado para além do aspecto psicofarmacológico acolhe as demandas relacionadas às necessidades básicas para a sobrevivência, as quais são percebidas ao adentrar o contexto de vida do usuário, como na ocasião de uma visita domiciliar, instrumento valioso de avaliação e intervenção, tratado adiante neste capítulo.

A partir da compreensão do objeto de trabalho como o indivíduo em suas relações sociais e condições de existência, o que se deve buscar nos serviços substitutivos é, na verdade, um equilíbrio entre o olhar para a

psicopatologia, como fator que compõe e interfere na vida do sujeito, e o olhar para as condições sociais a que ele está submetido. Desse modo, obtém-se a compreensão da pessoa em situação de adoecimento mental como portadora de direitos, os quais somente são considerados quando é ampliada a percepção para as situações concretas do cotidiano dos usuários.

Assim, ao deslocar o objeto de trabalho para o coletivo, não é possível ignorar a sua face propriamente social, tornando o campo da saúde mais complexo, sendo que as decisões em torno das respostas às necessidades serão sempre decisões políticas (Gonçalves, 1992).

Por meio dos discursos, apreendemos que o objeto de trabalho é compreendido como um sujeito de relações e de direitos, um sujeito de afetos que necessita também de cuidados psicofarmacológicos, mas não se encerra aí o tratamento.

A Psiquiatria Democrática Italiana se contrapôs em definitivo ao modelo da psiquiatria tradicional, que enfatiza o processo de cura de acordo com o paradigma racionalista problema-solução. Em vez da periculosidade ou a doença, o objeto de trabalho na perspectiva italiana é a “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (Rotelli, 2001, p.90).

A compreensão do usuário exposta nos discursos apresenta-se, por um lado, alinhada com o modo psicossocial, pois outras dimensões da vida são consideradas que não somente o aspecto biológico, como no paradigma psiquiátrico. Mas, por outro lado, contraditoriamente, esse sujeito também é representado de forma estigmatizada:

1T1¹³⁵: E que ela [usuária] é uma “lady”, ela não gosta de trabalhar...

A inaptidão para o trabalho é uma das representações mais antigas em torno da pessoa com transtorno mental. Está fortemente impregnada na cultura, da qual derivam os estigmas de improdutividade e de incapacidade, os quais limitam as possibilidades de trabalho real para os usuários. Desse modo, também se faz presente nos discursos uma leitura carregada de

conceitos herdados de uma lógica manicomial em torno do objeto de trabalho.

Buscamos investigar a seguir se os meios de produção, formados pelo objeto de trabalho e pelos instrumentos (Marx, 1985), refletem o modo de atenção psicossocial, ou seja, se a concepção do objeto de trabalho é suficiente para corresponder a novas práticas em torno do território no cotidiano da instituição. Ou ainda, se os significados atribuídos ao objeto se sustentam ou se mantêm, pois por meio dos instrumentos ou meios de trabalho é possível identificar a concepção que se tem de um determinado objeto (Barros, 2001).

4.3.3 Instrumentos

Os meios de trabalho ou instrumentos, em sentido amplo, são todas as condições objetivas existentes que o homem utiliza para a realização do processo de trabalho e que lhe servem como condutores da atividade até o objeto de trabalho. Mediante o instrumento, o homem efetua uma transformação no objeto de trabalho que foi pretendida desde o início (Marx, 1985).

Os recursos materiais e também conceituais compõem os meios de trabalho. Assim, o homem faz uso dos “recursos conceituais” que significam os conhecimentos e as técnicas acumuladas historicamente (Figueiredo, 2007).

Desse modo, a força de trabalho está posta nos instrumentos de trabalho como um saber e um fazer, dimensões conjuntas que produzem uma ação transformadora sobre o objeto e, assim, o par saber-fazer é representado pelos instrumentos de trabalho (Bichaff, 2006).

As intervenções em saúde mental, especificamente aquelas relacionadas à atuação no território como um importante encargo do serviço comunitário, reproduzem uma determinada ideologia.

Nos CSM de Trieste, o enfoque das ações é no território, ou seja, o sentido do trabalho é territorial e os instrumentos utilizados são inúmeros. Uma pesquisa nacional, denominada Progres, financiada pelo Ministério da Saúde italiano, composta por três projetos, permitiu conhecer um panorama nacional dos serviços de saúde mental. Dentre elas, a Progres CSM, sobre os serviços de saúde mental territoriais, realizada no ano de 2005, apontou como um dos resultados da região de Friuli Venezia Giulia, onde está localizada Trieste, que a porcentagem de usuários atendidos em lugares diferentes dos CSM, ou seja, externamente, representam 74%, enquanto somente 26% dos atendimentos são realizados na sede dos CSM. (Marsili, 2009).

Desse modo, as ações territoriais variam conforme as demandas apresentadas pelos usuários, suas capacidades e as possibilidades existentes em seu modo de vida. De uma forma geral, pelo que foi possível observar no estágio realizado, concentramos em três vertentes principais as intervenções no território: o cuidado domiciliar, a inserção no trabalho e o projeto micro-área.

A visita domiciliar nos CSM é uma prática comum realizada por todos os operadores e, de uma forma geral, constitui-se em um instrumento para uma avaliação das condições em que se encontra o usuário, das relações estabelecidas com a família e com a vizinhança, das singularidades de seu cotidiano, suas reais necessidades e também seus desejos. Essa avaliação ocorre simultaneamente ao desenvolvimento de ações como, por exemplo, a administração da medicação, a verificação acerca dos cuidados gerais de saúde, como uma consulta ou um exame, o acompanhamento em atividades diárias, entre outros.

A inserção no mundo do trabalho é a base da reabilitação, representa uma conquista de direitos, mas também o exercício de dever por parte do usuário. As cooperativas sociais e também os postos de trabalho em empresas privadas são os recursos presentes nos contextos legislativo e político italiano, e são instrumentos de habilitação e reabilitação, garantindo o valor do trabalho como aquilo que estrutura e organiza o cotidiano das pessoas. A inserção no trabalho compreende ainda percursos formativos, ou

seja, bolsas de trabalho fornecidas por órgão público às pessoas com algum tipo de problemática, como as pessoas com transtornos mentais ou pessoas com algum tipo de deficiência.

A inserção no trabalho nos CSM é um aspecto considerado em todos os projetos terapêuticos, avaliando-se as condições dos usuários e as oportunidades disponíveis. Em cada CSM triestino, são no mínimo dois operadores que se ocupam exclusivamente da inserção no trabalho, seja por meio das bolsas trabalho, contabilizadas em média 30 para cada CSM, seja por outros recursos. No ano de 2008, o número de bolsas trabalho utilizadas nos CSM de Trieste foram 215 e 21 postos de empregos conquistados¹³.

Os CSM têm uma participação no Progetto Microaree, um projeto desenvolvido desde 2005 pela Azienda per i Servizi Sanitari número 1 (ASS1), que é o órgão gestor dos serviços de saúde territoriais, juntamente com as associações sociais presentes em uma determinada área. Esse projeto tem como finalidade conhecer as fragilidades sociais e de saúde das pessoas para otimizar os recursos humanos e sanitários presentes nos micro-contextos com maiores problemáticas no que diz respeito às fragilidades social e sanitária. Trata-se de intervenções no território voltadas para a prevenção das condições agravantes ao desenvolvimento de doenças de forma geral e também de distúrbios mentais ou o seu agravamento. Assim, alguns dos objetivos colocados pela ASS1 são: conhecer ao máximo sobre os problemas de saúde das pessoas residentes na micro-área; promover iniciativas de auto-ajuda e ajuda ao outro por parte de não profissionais; elevar a apropriação no uso dos fármacos; promover a colaboração de entidades e associações, organizações lucrativas e não lucrativas para elevar o bem estar da população de referência; entre outros (Progetto Microwin-Microaree, 2007).

Buscamos investigar, em nosso estudo, quais são as ações identificadas como intervenção no território, suas propostas e objetivos, o significado atribuído às mesmas e as justificativas, que analisamos e discutimos a partir dos discursos dos trabalhadores e ainda por meio da

¹³ Informações retirados das anotações do diário de campo.

observação de duas situações acompanhadas no território e anotações de diário de campo.

O tema, as ações no território desenvolvidas pelo serviço, nos discursos tiveram uma avaliação positiva, em termos quantitativos, das intervenções realizadas pela equipe:

1T3⁴⁰: As ações eu acho que são... modéstia à parte aqui [...], são inúmeras.

1T3¹⁶⁴: Também suspeito que o nosso CAPS seja uma grande exceção, mesmo numa cidade como Campinas, com outros serviços, com outros CAPS...

1T3¹⁶⁵: A relação que a gente tem com os outros serviços, o que a gente conhece dos outros serviços, me parece que o CAPS [...] seja mesmo, pelo menos em relação ao território, uma grande exceção.

Foram consideradas intervenções territoriais pelos colaboradores participantes do grupo focal: matriciamento; oficina de futebol; visitas domiciliares; transporte que envolve a medicação assistida e o buscar-levar usuários; horta na escola; passeios e festas na comunidade; grupos com usuários realizados externamente ao serviço; intervenção com a vizinhança em situações específicas; envolvimento nas questões sociais – moradia e benefícios sociais; incentivo a projetos de geração de renda e o acompanhamento em atividades cotidianas.

Já nos discursos dos usuários do serviço, a percepção do tratamento recebido no CAPS se configura em situações que apresentam significados em torno do oferecimento de atividades internas e externas ao ambiente do serviço, como as oficinas e os atendimentos terapêuticos, e, no território, o jogo de futebol, as visitas domiciliares, a participação em festas e passeios.

Tais intervenções no território apontadas pelos colaboradores da pesquisa, serão discutidas como: apoio matricial em saúde mental, cuidado domiciliar, oficinas em saúde mental e grupos no território, mediação de trocas sociais e arbitragem de conflitos, passeios e festa na comunidade, direitos sociais – ações direcionadas para o morar/habitar e benefícios sociais.

Os princípios e diretrizes do SUS são norteadores para o planejamento e a implementação de todos os programas de ação na área da saúde, e em especial na atenção básica, pois é nesse contexto que se

destaca a importância das ações na comunidade, com participação social e enfoque preventivo e terapêutico.

A atenção básica e os ambulatorios são serviços responsáveis pelos atendimentos de casos de menor gravidade de sofrimento psíquico, como queixas psicossomáticas, transtornos de ansiedade menos graves, abuso de álcool e drogas, entre outros. Adultos psicóticos, neuróticos graves, usuários de álcool e outras drogas, crianças ou adolescentes são atendidos em serviços especializados de média complexidade, como os CAPS (Brasil, 2003).

É previsto para a atenção básica um conjunto de ações de caráter individual e coletivo à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, alguns princípios fundamentais são: noção de território; organização da atenção da saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania e construção da autonomia possível dos usuários e familiares (Brasil, 2003).

Para organizar as ações de saúde mental na atenção básica foram propostas algumas diretrizes, dentre as quais o apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica.

O apoio matricial é um arranjo organizacional e, ao mesmo tempo, uma metodologia de trabalho, formulada com a finalidade de reforma das organizações e da gestão do trabalho em saúde. Tem como objetivo proporcionar retaguarda especializada às equipes de referência dos serviços de atenção básica, com a finalidade de ampliar as possibilidades de realização de uma “clínica ampliada” (Domitti, Campos, 2007).

A clínica na saúde mental é redimensionada e qualificada como ampliada (Goldberg, 1994) quando o objeto, o objetivo e os meios de trabalho são redefinidos e ampliados. O objeto não é a doença e sim o indivíduo inserido em um contexto, coletivo, que apresenta uma doença ou corre o risco de adoecer. Essa clínica pressupõe o estabelecimento de um vínculo continuado entre profissionais e usuários, famílias ou comunidades. Busca, assim como na clínica tradicional, a produção de saúde, o alívio para

o sofrimento, mas em sua ampliação inclui como objetivo o aumento da autonomia e do autocuidado das pessoas a quem se dirige (Campos, 2005).

Além da retaguarda na assistência, o apoio matricial objetiva oferecer um suporte técnico-pedagógico e interagir com as equipes de referência das Unidades de Saúde da Família, que são as responsáveis pela condução de um caso individual, familiar ou comunitário. No entanto, há uma condução compartilhada das diretrizes clínicas e sanitárias entre os profissionais de referência e os especialistas do apoio matricial (Campos, Domitti, 2007).

A responsabilização conjunta pelos casos entre as equipes do apoio matricial e a atenção básica se dá por meio da discussão de casos, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades. Além disso, outras ações possíveis são: evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais que são comuns à vida cotidiana; mobilização de recursos comunitários com o objetivo de construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, tais como oficinas comunitárias, buscando o apoio e a articulação intersetorial, entre outras (Brasil, 2003).

Em outras palavras, apoio matricial significa a oferta ou o compartilhamento de conhecimentos, práticas e saberes realizados conjuntamente por categorias diferentes, envolvidos na construção de um projeto terapêutico singular (Campos, Nascimento, 2007).

Cabe ressaltar que as ações da equipe dos CAPS são diferentes daquelas do apoio matricial, pois para lá são destinados os casos mais graves e persistentes de transtornos mentais, o que faz com que os CAPS sejam o serviço de referência para essa população. O objetivo dos CAPS no matriciamento é construir ações junto às equipes de atenção básica à saúde na atenção em saúde mental para o atendimento dos casos menos graves, os quais não se configuram como demanda para os CAPS, porém são igualmente importantes, na perspectiva de evitar o risco de internação arbitrária e o circuito internação/medicação (Nascimento, 2007).

O apoio matricial é uma prática ainda recente no campo da saúde mental, vem sendo implantado nos municípios a partir de 2003, quando o Ministério da Saúde apontou esta metodologia de organização do trabalho

em saúde como importante estratégia para inserir a saúde mental na atenção básica (Brasil, 2003).

Sendo a Atenção Básica representada pela Estratégia de Saúde da Família e esta última tendo a adscrição da população como forma de relação serviço-território, o elo entre a clínica em Saúde Mental e Atenção Básica se dá por meio do Apoio Matricial, que foi reconhecido nos discursos dos trabalhadores como uma das ações do CAPS no território.

Nas frases temáticas é exaltada a importância atribuída ao Apoio Matricial como uma forma de intervenção no território:

1T3⁴¹: Vou listar aquelas mais formais, digamos assim. Nós temos o matriciamento em todas as cinco unidades básicas e isso é um trabalho de território, é um CAPS que tem uma relação formal com cinco centros de saúde da nossa região.

1T3⁴⁴: Participamos da reunião de equipe de saúde mental (...) semanalmente e algum membro da nossa equipe também faz o matriciamento de equipes da Saúde da Família que a equipe de lá não dá conta de fazer por questões de horários, de pernas e tudo mais.

1T5²³⁸: Então não dá pra gente pensar em CAPS sem matriciamento que o matriciamento aconteça...

Constata-se nos dizeres que o apoio matricial, tido como uma atividade formal de intervenção no território, é uma das diretrizes do projeto institucional do serviço, sendo um instrumento de trabalho presente no cotidiano dos trabalhadores.

Esse dado, por um lado, difere de algumas pesquisas em que se buscou analisar a relação entre a saúde mental e atenção básica e alguns dos resultados foram: a baixa interação entre os serviços, o que pode ser atribuído ao fato de alguns profissionais estarem presos a uma forma de atenção ainda hegemônica, em que o modelo tradicional de atendimento compreende a saúde como ausência de doença (Romagnoli, 2009), e o não reconhecimento do apoio matricial como um trabalho que faça parte da grade de atividades do CAPS (Nascimento, Galvanesi, 2009). Por outro lado, tal dado vem a corroborar com alguns estudos que apontam para experiências em que está sendo construída uma integração positiva entre a saúde mental com a ESF (Tófoli, Fortes, 2007; Barban, Oliveira, 2007).

Segundo informante, desde a sua criação, em 2003, o CAPS em estudo realiza o apoio matricial. No início, o apoio se dava por meio de uma organização diferente da atual, para que um dos profissionais participasse semanalmente da reunião de equipe da ESF de referência da região. Assim, os discursos confirmam a historicidade desse arranjo organizacional:

1T2²²⁶: O CAPS sempre fez o matriciamento...

1T3²³⁴: Mas o matriciamento no geral é histórico, talvez a unidade, talvez não, acho que junto com o [CAPS] são os CAPS que bancam isso há anos...

Na cidade de Campinas, a rede de Atenção Básica conta com equipes de saúde mental desde a década de 1970, as quais foram ampliadas durante a implantação do apoio matricial em 2001, por meio do Programa Paidéia Saúde da Família, que correspondia ao Programa de Saúde da Família, proposto pelo Ministério da Saúde, porém adaptado à configuração sanitária do município (Figueiredo, Campos, 2009).

Paidéia significa o desenvolvimento de forma integral do ser humano como cidadão, o que significa o cuidado com a saúde, a educação, as relações sociais, o ambiente, considerando tanto as necessidades individuais quanto as coletivas. Assim, a ideia síntese do Paidéia é pensar instituições que possam ter tanto funções pedagógicas como de reconstrução das subjetividades das pessoas. Nesse sentido, o Projeto Paidéia de Saúde busca ampliar as práticas de promoção da saúde e, para cuidar das pessoas, busca também os espaços de atendimento, tendo como foco o território, a casa, o bairro, a escola, as redes sociais. O Projeto amplia o conceito de família para grupo de pessoas que co-habitam o mesmo espaço, abrangendo as redes de apoio e solidariedade (Campos, 2005).

Outra diferença na cidade de Campinas em relação a outros municípios é que os trabalhadores de todos os Centros de Saúde se constituem em equipes de referência local, conforme o território de abrangência, não sendo pela área clínica, mas são os usuários e seus familiares que definem e organizam o trabalho da equipe, que é composto por médico de família, pediatra, enfermeiro, ginecologista, pediatra e dentista (Campos, Nascimento, 2007).

Também integra as equipes locais das unidades de saúde da família o agente comunitário de saúde (ACS). O papel dos ACS é o de expandir a capacidade de ação dos Centros de Saúde, buscando o aumento da autonomia e o autocuidado, por meio do acompanhamento às pessoas e seus familiares que precisam de apoio em seu cotidiano, com a realização de visitas domiciliares e outras ações (Campos, 2005).

Os ACS são trabalhadores em uma condição paradoxal, pois, ao mesmo tempo em que habitam a comunidade em que trabalham, são também integrantes da organização sanitária. É nessa relação paradoxal que se faz presente a potencialidade de suas ações quando as mesmas estão em singular parceria com outros membros (Lancetti, 2006), não apenas da organização sanitária, mas todos aqueles que pertencem ao território.

É ressaltada nos discursos a singularidade do papel dos ACS, pois, dada à proximidade com as pessoas no território, representam uma ponte entre o usuário e o trabalhador de saúde mental, sendo avaliado positivamente o trabalho conjunto realizado:

1T5²³⁷: Acho que o matriciamento também tem esse viés, a partir dele que você entra em contato com profissionais daquelas unidades e pessoas realmente que moram lá perto das unidades de saúde, que trazem a história, contextos, relações...

2T1¹⁶¹: [intervenção em um caso] Foi uma ação conjunta porque a gente tem muita ajuda também do Centro de Saúde muitas vezes com os agentes de saúde, a gente tem bastante...

2T1¹⁶²: Os agentes de saúde ajudam muito a gente.

Os saberes e práticas dos ACS fazem parte de uma síntese entre o saber científico e o saber popular, o que possibilita a construção dialética de estratégias de atenção à saúde mental. Esses trabalhadores, por apresentarem apropriação dos princípios e ferramentas condizentes com a Reforma Psiquiátrica e capacidade de manter afetivos e contínuos vínculos com a população do território em que atuam e habitam, são elementos importantes na reorientação do modelo de atenção à saúde mental (Barros, Chagas, Dias, 2009).

No CAPS em estudo, a atividade de matriciamento com o profissional não médico, de acordo com informante, foi realizada desde o início. Avaliou-se, posteriormente, que havia uma dificuldade quanto ao manuseio de medicação para o profissional médico generalista do Centro de Saúde e, desse modo, a participação semanal do médico psiquiatra do CAPS era uma proposta do serviço bastante recente na época da coleta de dados. Assim, a presença do médico agregou-se à organização do apoio matricial, como observamos nos discursos:

1T5²³⁵: É que o matriciamento não era organizado pelo profissional médico e sim pelos profissionais universitários, o matriciamento médico agora é uma nova proposta...

1T3²²⁸: O que mudou de um ano, e não foi de um ano pra cá, foi desse ano, né? De alguns meses, de março pra cá, a proposta de matriciamento médico pela carência de médicos dessa especialidade nessa região...

Como vimos, o apoio matricial prevê a presença do profissional especializado no serviço de atenção básica, sem a distinção desse trabalhador, entre médico ou não médico. Porém, atribui-se à recente organização do serviço o destaque nos discursos quanto à participação do médico na realização desse trabalho. Nesse sentido, são sinalizados nas falas alguns resultados nas atividades de apoio matricial:

1T3⁴²: Atualmente dos psiquiatras irem semanalmente pra lá fazendo alguns horários de atendimento conjunto com as unidades básicas. Pra algumas unidades isso tá bem bacana, pra outras é um processo ainda de construção.

1T3²³⁰: A partir de, por exemplo, a chegada de novos psiquiatras para essa região, esse matriciamento médico serviu, por exemplo, pras equipes se apropriarem mais dos casos na ausência do psiquiatra...

1T3²³²: Os psiquiatras que vêm agora vão ter uma outra relação dentro da unidade, pelo menos nesses cinco CSs vai se dar dessa maneira, não vai ter uma agenda livre, a agenda vai ser criada a partir de uma avaliação em conjunto das equipes.

1T3²³³: Acho também fundamental, na discussão de território, as unidades se apropriando mais de casos que eram do ambulatoriozinho da psiquiatria lá dentro do CS, esse matriciamento médico mudou bastante isso...

De modo geral, são apontados alguns resultados positivos em relação a esse apoio:

1T1⁴⁵: É até mais fácil porque assim a gente tem mais facilidade pra poder estar trabalhando em conjunto com o Centro de Saúde até na parte clínica mesmo do paciente...

1T1⁴⁶: Se tem, ele tem uma queixa clínica é mais fácil a gente tá indo lá, trabalhando porque a gente é mais próximo do centro de saúde.

1T1⁴⁷: É relação de rede. Fica bem mais fácil.

1T5²³⁶: Com o matriciamento, acho que o nosso ingresso no território, nas unidades de saúde, acho que foi o grande facilitador.

Os atendimentos conjuntos, CAPS e Centro de Saúde, possibilitam um novo olhar para a pessoa portadora de transtornos mentais graves e persistentes, a qual ganha mais espaço na atenção básica. Assim, sem o olhar de estigmatização (medo e desconfiança), o usuário passa a ser acolhido em suas necessidades outras de saúde (diabetes, hipertensão) como qualquer outro cidadão (Nascimento, 2007).

As reuniões de matriciamento, realizadas semanalmente nos Centros de Saúde da região, contam com a participação dos trabalhadores do CAPS, os quais também realizam atendimentos aos usuários da unidade. A reunião foi uma das atividades indicadas pelos trabalhadores para a observação simples, como intervenção no território por parte do CAPS.

Na situação de observação, ou seja, a reunião de equipe do CS, além dos trabalhadores do CS e do CAPS, estava presente a assistente social da Secretaria de Cidadania para a discussão do caso de uma família que envolvia uma suposta situação de negligência e processo de guarda na Vara da Infância e Juventude. Um dos membros dessa família (o marido) era usuário do CAPS.

Foi possível observar, na discussão desse caso, que o trabalhador do CAPS não estava a par de toda a história familiar do usuário (no que se refere ao processo jurídico ou às dificuldades enfrentadas pela mãe no cuidado dos filhos e do marido). O trabalhador do CAPS, juntamente com a ACS, havia realizado visita domiciliar buscando compreender a situação, que não havia sido esclarecida na ocasião.

A assistente social questionou o trabalhador do CAPS sobre a intervenção com familiares e o mesmo respondeu que, no caso desse usuário, foi feita de forma pontual nas visitas domiciliares – com foco no

usuário – e que a intervenção familiar grupal ainda era um processo em construção dentro do CAPS.

Para a condução do caso (e resposta à Vara da Infância e Juventude), a equipe entrou em acordo quanto a quem atenderia a cada membro dessa família entre os profissionais do CS e do CAPS (psicólogo e psiquiatra) junto com os médicos generalista e pediatra. Observou-se uma certa resistência para o encaminhamento da mãe ao psiquiatra por parte do trabalhador do CAPS e a equipe discutiu isso. As falas surgidas eram em direção ao temor do olhar clínico do psiquiatra em busca de um diagnóstico, sem considerar a situação cultural e social como algo que viesse a “taxar” essa mãe. Enfim, a discussão seguiu na direção desse cuidado com a mãe.

Dois aspectos dessa situação de observação são importantes de serem ressaltados, pois vão ao encontro do que é pautado pelas diretrizes políticas. O primeiro refere-se ao estabelecimento do trabalho intersetorial, com a presença da assistente social na reunião, o que possibilitou a troca das informações a respeito do caso, as quais até então eram ignoradas tanto pelo CAPS como pelo CS.

O segundo aspecto refere-se à preocupação em compreender melhor os aspectos psicossociais que determinaram o julgamento dessa mãe como negligente antes de uma avaliação psiquiátrica em busca de um diagnóstico. O exercício de deslocamento do olhar para uma possível doença a favor da compreensão de questões mais globais que envolvem a vida do sujeito é a proposta da desinstitucionalização.

Assim, observa-se a concretização de dois dos princípios da articulação entre a saúde mental e a atenção básica possibilitada pelo Apoio Matricial: a intersetorialidade e a desinstitucionalização (Brasil, 2003).

Por outro lado, é observada a fragilidade do CAPS no que se refere à ausência de trabalhos direcionados para a intervenção familiar, no que tange às ações do apoio matricial.

Muitos ainda são os desafios impostos na interação entre a saúde básica e a saúde mental, dentre os quais estão: a existência de práticas baseadas em concepções retrógradas no campo da saúde mental e no modelo biomédico hospitalocêntrico, o despreparo relatado pelos

trabalhadores das equipes de saúde da família em lidar com as pessoas portadoras de transtornos mentais (Nunes, Jucá, Valentim, 2007), a pouca articulação entre os trabalhadores de saúde mental e aqueles das equipes de referência e a dificuldade do acesso dos usuários às ações e aos serviços de saúde mental (Silveira, Vieira, 2009).

Porém, por meio das frases temáticas, observamos que o apoio matricial vem também apresentando resultados favoráveis, os quais são revelados como um facilitador da inserção da equipe do CAPS no território para o desenvolvimento da vocação desses serviços e a possibilidade de um cuidado integral ao usuário.

Uma das pesquisas em que foi relatada a experiência de parceria entre três equipes da ESF e um CAPS na cidade de São Paulo ratifica tais afirmações, pois aponta alguns resultados positivos desse trabalho, ao lado de aspectos que precisam ser superados, visando à efetivação de práticas concretas no cotidiano das instituições (Delfini, Sato, Antoneli, 2009).

De acordo com os autores, como estratégias para a realização da parceria são citadas as reuniões conjuntas entre alguns técnicos do CAPS (aqueles envolvidos diretamente no projeto Núcleo de Ações Territoriais) e as equipes da ESF de uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Os objetivos são discutir os casos, trocar experiências e servir de suporte ao acolhimento de angústias dos trabalhadores da ESF, os quais são cobrados por produção e qualidade e, além disso, nem sempre apresentam formação e capacitação para o trabalho junto às pessoas com transtornos mentais. Outra forma de intervenção são as visitas domiciliares e seus importantes desdobramentos, como o atendimento conjunto em que são compartilhadas as responsabilidades em cada caso e, mais do que isso, auxilia na capacitação e na formação do vínculo dos agentes comunitários de saúde com a comunidade, pois são as pessoas de maior contato no cotidiano dos usuários. Assim, o trabalho conjunto entre ESF e CAPS tem o potencial de produzir modificações no que diz respeito ao olhar lançado ao grupo familiar e ao contexto social em que o usuário está inserido, ou seja, ao território, enriquecendo a prática e desmistificando conceitos. As dificuldades a serem superadas referem-se ao pequeno número de profissionais da equipe de

apoio matricial frente à demanda da região e à necessidade de um maior respaldo institucional para a efetivação da parceria.

O apoio matricial constitui-se como um instrumento imprescindível de intervenção no território em que são beneficiados: os usuários do CAPS e dos serviços da atenção básica, pois potencializa o cuidado em uma clínica ampliada; e os trabalhadores envolvidos, tendo em vista que essa atuação conjunta dinamiza o processo de trabalho e enriquece a prática.

A prática organizada e profissional de visita domiciliar (VD) na assistência à saúde brasileira tem origem com as Enfermeiras Visitadoras, na década de 1920, no contexto de campanhas nacionalistas a favor do saneamento, com ênfase no caráter preventivo das doenças, e em 1949, com a criação do Serviço de Assistência Médica e Domiciliar de Urgência (SAMDU) como uma das primeiras práticas de assistência domiciliar planejada. A partir da institucionalização do SUS e da criação do PSF, em 1994, que direcionou a assistência à família, houve uma ressignificação da prática de VD (Omizzolo, 2006).

O cuidado domiciliar engloba diferentes modalidades, como a internação domiciliar em que há um cuidado em tempo integral no domicílio, direcionado a casos mais complexos que envolvem tecnologia especializada, e a assistência domiciliar, que são atividades de caráter ambulatorial continuadas e programadas, nas quais está inserida a VD. Na ESF, a visita domiciliar é um recurso bastante utilizado pelos ACS com o objetivo de traçar planos e estratégias de cuidado junto à equipe e promover ações educativas de promoção da saúde, porém, mesmo que realizada de forma mais intensa por algum profissional, é um instrumento comum a todos os membros da equipe (Abrahão, Lagrange, 2007).

No campo da saúde mental, igualmente, a visita domiciliar é um instrumento adotado nos serviços como os CAPS, comumente realizado pela equipe de enfermagem, apesar de não ser uma atividade restrita a uma categoria profissional, sendo também realizada pelo trabalhador de referência, conforme a demanda do usuário.

O acesso ao contexto das pessoas por meio das visitas domiciliares permite a obtenção de informações acerca da dinâmica familiar, do fazer

cotidiano, das relações próximas com a vizinhança e amigos, das condições sociais e das necessidades, ou seja, é com esse instrumento que o trabalhador da saúde mental adentra a realidade vivenciada pelo sujeito, no território.

Nesse sentido, a visita domiciliar foi apontada nas falas dos trabalhadores como um instrumento de intervenção no território que tem uma certa prioridade:

1T3⁸²: As visitas domiciliares, as agendadas ou mesmo aquelas mais urgentes, uma demanda que surge no decorrer do dia e você para o transporte no que ele tá fazendo pra fazer essa visita...

O cuidado domiciliar é também uma ação identificada e valorizada nos discursos dos usuários:

6U⁶: Simplesmente uma visita assim, tem visita nas casas das pessoas pra ver como que tá o familiar assim, pra ver como que é, visitar as casas, fazer uma visita.

10U³: Já foram diversas vezes [na casa].

5U⁷: O médico sempre ia em casa (...) medicar a gente em casa, né? Pra ver como tá assim.

1U⁴²: Igual eu falei pra você, eles vão lá na sua casa te explicar pra você, por que e como e de que maneira você tem que seguir, pra seguir essa situação aí, tá entendendo? Pega, dá bronca mesmo quando não toma remédio, e eles percebem, eles percebem quando a gente não toma remédio, "você tá bem assim, você tá tremendo, você, o seu remédio é pra isso e isso e isso".

1U¹¹: Outro dia eles foram lá em casa, visitar, vê como que é que tá, é, vê como é que eu tava passando, vira e mexe eles fazem essa visita aí pra ver como que o paciente tá, se faltou uma ou duas vezes eles estão sempre em cima querendo saber é, o que é, o que não é, sei que é um pai e mãe o CAPS.

1U¹⁰: Bom, eu tava mal, assim, mal, é, oprimido, estranho, e aí, é, a unidade do CAPS foi até em casa, [...] eles foram lá em casa e eu lembro que eles me levaram, me pegaram de carro e me levaram até no posto médico e lá eu fiz um exame, falaram algumas coisas e me retornaram pra cá.

6U⁷: Foi em casa, aí eles me trouxeram pra cá, aí eu fiquei bem aqui, por isso que eu falo pra você, quando eu me sinto ameaçado eu lembro do CAPS sabe...

As falas refletem a presença dos trabalhadores no contexto de vida dos usuários seja em momentos de crise, seja para garantir a adesão ao serviço. Observa-se ainda que, por meio do cuidado domiciliar, há o fortalecimento do vínculo do usuário com o serviço de saúde mental. Além

disso, o trabalho de esclarecimento acerca do uso da medicação, e não simplesmente a administração, também se faz presente.

Os discursos dos trabalhadores apontam que o fato de o profissional estar em um ambiente diferente do serviço de saúde produz um estreitamento nas relações com o usuário, por ser um espaço incomum de atendimento em comparação com a assistência tradicional, o que possibilita o diálogo acerca de aspectos do cotidiano, sem ter como foco a doença.

2T1¹³⁸: Quando um profissional sai daqui dentro do serviço e vai na casa dele pra poder fazer esse acolhimento lá dentro, é assim um vínculo que você pega com eles, com a família, a confiança, que eles sabem que eles podem estar contando com o profissional...

2T5¹³⁹: É uma forma diferente, eles passam a conhecer também o profissional de uma forma diferente, (...) não é aquele médico que ele fica aqui atrás e eles chegam ali, vai contar e tem a separação da mesa, não, esse profissional chega lá, toma café, conversa, bate papo, fala de outros assuntos que não seja da doença, o impacto é muito grande, é muito rico...

Considera-se a partir das falas que é com a visita domiciliar que se inicia o processo de vinculação entre trabalhador e usuário/familiares, sendo então uma das consequências desse tipo de intervenção territorial, que pode se desdobrar em outros atendimentos, conforme os objetivos delineados no projeto terapêutico.

O atendimento domiciliar é outra esfera da assistência domiciliar e diferencia-se da visita, a qual pode ser compreendida como a avaliação das necessidades do usuário e familiares, porque se caracteriza pela execução de procedimentos mais complexos e pela periodicidade do atendimento (Santos, Moreira, 2007). Assim, a atenção domiciliar, compreendida como uma tecnologia sistemática e contínua, propõe-se à ampliação das redes social e de apoio do usuário no meio em que vive. Para tanto, aposta na relação vincular como base para intervenção e construção de novos laços sociais (Moreira, Hora, Guimarães, 2007).

O acompanhamento ao usuário em seu contexto para a realização de atividades cotidianas é uma intervenção que se dá por meio da atenção domiciliar. Nesse sentido, as falas indicam também a atenção domiciliar como um trabalho territorial:

1T1¹⁴⁸: Ah, tem gente que vai na casa ensinar também gente a cozinhar (...) O [usuário] cozinha hoje porque ela [indica uma das participantes] ensinou, foi na casa ensinar o [usuário] a cozinhar...

1T5¹⁴⁹: O [usuário] não mexia no fogão, tinha o fogão, bujão de gás, então tinha muito medo, e fez um trabalho de acompanhamento mesmo pra ele aprender a cozinhar, a ligar o botijão, a por o feijão no fogo, o tempo, né?

O fazer cotidiano, as ações da vida diária que são necessárias para a manutenção do indivíduo, como o autocuidado e os afazeres domésticos, para alguns dos usuários do serviço de saúde mental torna-se comprometido. Desse modo, as atividades da vida diária são também alvo de cuidado.

Ao intervir nessas atividades, lida-se com o indivíduo em sua concretude, visto que é no cotidiano que se busca a prática transformadora. Por esse motivo, as atividades da vida diária não são concebidas como meros processos repetitivos ou simples ações biológicas, pois, ao lidar com o contexto de vida do sujeito, lida-se com o social em que ele vive (Francisco, 2005).

O indivíduo é ao mesmo tempo um ser particular e um ser genérico, e suas necessidades tornam-se conscientes sob a forma de necessidades do EU, que tem fome, sede, sente dor, apaixona-se, etc. A dinâmica básica do indivíduo em particular volta-se para a satisfação dessas necessidades, as quais são comuns a todos os indivíduos, pois o “genérico” está contido em todo homem. O que os diferencia, ou seja, a particularidade está na forma como o homem se manifesta para a satisfação dessas necessidades (Heller, 2004).

Assim, a cotidianidade é produzida no encontro do particular e do coletivo e se revela na realização das atividades costumeiras de autocuidado e de automanutenção, nas relações sociais e nas manifestações de solidariedade (Galheigo, 2003).

Pelo exposto, as intervenções que objetivam a produção de maior autonomia nos afazeres domésticos são também ações no território na medida em que permitem lidar (avaliar, intervir) com a realidade social do contexto de vida do usuário.

Outro aspecto dos atendimentos domiciliares refere-se à indisponibilidade de transporte, que compromete esse tipo de trabalho, como revelam as falas:

2T1⁴⁸: Às vezes a gente precisa fazer uma visita domiciliar e às vezes por causa do transporte nos limita, a gente não pode ir, muitas vezes a gente precisa ir até com carro (...) próprio, entendeu, fazer visitas, essas coisas, então dificulta muito...

Alguns obstáculos são observados para o desenvolvimento da atenção domiciliar, os quais envolvem os recursos humanos e também materiais. É possível se deparar com a insuficiência ou mesmo a indisponibilidade dos trabalhadores para esta forma de intervenção, tendo em vista a priorização de ações ambulatoriais dentro dos serviços, como observamos na literatura.

Especificamente em relação aos recursos materiais, é destacado nos discursos o transporte para a realização de ações no território, recurso discutido a seguir, dada a sua importância para o cuidado domiciliar.

Nos discursos, o “transporte”, que é constituído por dois veículos coletivos, conduzidos por motoristas contratados pela Secretaria Municipal de Saúde que se alternam em turnos de doze horas, foi indicado como uma ação territorial, conforme as frases que seguem:

1T3⁷²: De ações propriamente do CAPS assim, não dá pra deixar de falar do nosso transporte.

1T3⁷³: Nós temos transporte todos os dias aqui no CAPS, ele oscila um pouco, quinta-feira é o dia que não funciona partes por conta da nossa reunião de equipe, né? Mas os outros dias e dependendo do número de funcionários que ela transporta, só transporta até doze horas durante o dia.

O “transporte” como mencionado nos discursos não é uma ação territorial, e sim o ato de transportar as pessoas, portanto consiste num instrumento intermediário para a ação propriamente dita, ou seja, as intervenções dos trabalhadores no território, como o cuidado domiciliar.

Nas falas que seguem o “transporte” se constituiu como uma conquista dos trabalhadores:

1T3⁷⁵: Nós bancamos muito isso assim, não dá pra ser CAPS, não dá pra ter ação no território se a gente não tiver um bom transporte...

1T3⁷⁴: O Distrito de Saúde disponibilizou pra nós uma perua, uma Kombi. O Distrito não disponibilizou não, nós brigamos muito...

O trabalho no território requer a disponibilidade de um transporte próprio, no entanto essa foi uma questão inicialmente problemática para esse serviço e consideramos que ainda o seja em muitos CAPS que se proponham a atuar para além dos muros institucionais, como, por exemplo, pode ser constatado em alguns serviços da Bahia e de Sergipe (Lima, Jucá, Nunes, 2010).

Na realidade italiana, cada CSM conta com quatro a cinco veículos próprios para a realização do trabalho. Além dessa disponibilização, os operadores são autônomos na condução dos carros, ou seja, não dependem de outros trabalhadores para a o deslocamento, o que torna mais ágil o processo de trabalho.

Contudo, em nossa realidade, destacamos, na situação estudada, o posicionamento e a organização coletiva dos trabalhadores em defesa do CAPS e das ações que se propõem a desenvolver, o que reflete a concepção acerca de serviço territorial e da sua finalidade, além da mobilização para o empreendimento das intervenções.

A dificuldade em torno da questão do transporte ou a não mobilização em direção a esse problema, por exemplo, pode aparecer como justificativa para a ineficácia de visitas domiciliares e a pouca inserção do serviço no território (Pinho, Hernández, Kantorski, 2010).

Ainda há fragilidades no uso do transporte, pois a ausência ou precariedade desse recurso pode ser um fator impeditivo ou que dificulte a realização de mais ações no território, como pode ser ilustrado com a frase acerca da realização do apoio matricial:

2T2⁵⁴: Por exemplo, faz o matriciamento, mas o pessoal que quiser ir não tem o recurso do carro pegar a gente aqui e levar lá, o recurso ou você vai com o transporte seu ou vai de ônibus, não, eu tô falando errado? Eu não faço matriciamento, mas quem faz é sempre assim...

Ainda assim havia a participação semanal dos trabalhadores nas reuniões de equipe dos Centros de Saúde. A dificuldade quanto à disponibilização do transporte está relacionada a dois fatores principais: o primeiro refere-se aos recursos financeiros da área da saúde, e o segundo,

de acordo com os discursos, envolve o aspecto cultural das ações em saúde mental:

2T3⁴⁵: Não é possível que o nosso Secretário de Saúde não saiba definir o que é um CAPS III, talvez não saiba nem que o CAPS III é 24 horas, então acho que isso começa a limitar demais, pode ser bastante limitador...

2T1⁴⁶: Ele diminuiu os nossos recursos aqui, pra que a gente atue no território a gente precisa de recursos pra sair do CAPS...

2T3⁴⁷: Falamos “nós precisamos de um transporte 12 horas”, é muito difícil das pessoas entenderem o que é isso: “pra que vocês precisam tanto do transporte?”.

A ação no território demanda meios de deslocamento (transporte), porém os discursos denunciavam que essa é uma lógica ainda não esclarecida em razão do desinteresse ao campo da saúde mental, especificamente quanto às funções do CAPS, o que reflete na diminuição de recursos para os serviços.

Os trechos discursivos abaixo ressaltam a importância da compreensão dos motoristas acerca do trabalho do CAPS:

1T3^{75a}: Um bom transporte não é uma Kombi boa, é uma boa Kombi boa, um bom funcionário, um bom motorista (...) que entenda o que nós estamos fazendo...

1T3⁷⁷: Particularmente agora nós estamos num momento bom, de ter o transporte com ofertas de horários muito bacanas e com profissionais muito bacanas, achamos os motoristas...

1T3⁷⁸: Tínhamos antes só motoristas, hoje temos motoristas que são colegas nossos de trabalho aqui, entendem o que a gente faz, que eventualmente até participem das nossas discussões de caso, passagem de plantão e tal.

1T4⁷⁹: Compartilha mais do cotidiano, né? Das ações...

1T3⁸⁰: E sabe o que estamos fazendo aqui exatamente.

A sensibilização de trabalhadores, como os motoristas, faz-se necessária em virtude da mudança de modelo de atenção em saúde mental, que vem desmistificando crenças, valores, presentes comumente na cultura manicomial. Assim, o convite aos funcionários para a participação nas reuniões e ações cotidianas do serviço constitui uma valiosa estratégia para proporcionar mudanças de postura e efetivamente ter como parceiros esses trabalhadores. Também é pertinente direcionar as ações de sensibilização

às demais categorias profissionais que não são ligadas à área da saúde mental para que possam também compreender que a proposta de um serviço territorial é o cuidado na comunidade e não mais a reclusão da pessoa com transtorno mental, o que contribui para a mudança do imaginário social acerca da loucura.

Consideramos, pelos discursos, que o transporte como um instrumento para a atuação no território, um dispositivo facilitador, foi construído pelos trabalhadores por meio de um processo que envolveu, em primeiro lugar, o convencimento de gestores para a sua obtenção e, posteriormente, a sensibilização dos motoristas para o trabalho em saúde mental. E ainda, no período do trabalho de campo, o transporte passava por um momento de reformulação da sua operacionalização com base no aspecto geográfico, como observamos nas falas:

1T3²⁰²: Eu diria que nós estamos numa fase até de refinar algumas questões, um exemplo do transporte, de repente ficou uma demanda grande pro transporte nós precisamos rever, aí quando a gente sentou pra rever, os responsáveis que a gente elegeu pra rever o transporte fizeram uma proposta muito bacana, de também regionalizar o transporte...

1T3²⁰³: Então a primeira leva de pacientes que vem vai ter que vir de determinados bairros, não dá pra perua nossa chegar num bairro lá às oito horas da manhã e às oito e meia ter que estar do outro lado, não dá, não vamos conseguir bancar essas ações o dia todo, então também foi um norteador, olha é o território...

1T5²⁰⁴: Trabalho de logística.

As ações do transporte indicadas nos discursos como sendo de maior importância são basicamente duas: a *locomoção de usuários* com maior comprometimento na realização do trajeto entre o serviço e suas residências, os quais não podem contar com auxílio dos familiares para tanto, e a *medicação assistida*, para aqueles que não frequentam o CAPS todos os dias. São ações realizadas concomitantemente no período da manhã e da tarde.

1T3⁸¹: E aí as ações do transporte são muitas, talvez as principais de buscar mesmo na casa do paciente, o paciente para vir ao CAPS, pacientes que têm alguma dificuldade em virem até aqui...

1T3⁸³: Pacientes que não vêm pra medicação aqui ou quando vêm a gente sente uma necessidade outra fora tá vindo, mas não tá tomando direito, sabemos que temos uma falha aí, então vamos entregar e dar o remédio na boca, então essa é uma ação importante que eu acho também.

Nos discursos, o “transporte” possibilita a presença diária do usuário no serviço e também o fornecimento/acompanhamento da ingestão da medicação no cuidado domiciliar, os quais têm como objetivo garantir a continuidade do tratamento e prevenir a reincidência de crises.

A importância desses aspectos reflete a indicação dos trabalhadores da atividade denominada como “transporte” para a realização da observação simples. Os aspectos relevantes da observação foram: as condições sociais da população assistida pelo CAPS, em associação com a presença de mais de um familiar acometido por transtorno mental em cada família, tema discutido na primeira categoria, território; a atitude de solidariedade da vizinhança que é abordada adiante, junto ao aspecto de rede e negociação de conflitos; e, a “medicação assistida”, tratada a seguir.

A “medicação assistida”, como identificada nos discursos, caracteriza-se como uma intervenção realizada no contexto da atenção domiciliar.

A casa como espaço de cuidado “pode remeter a uma identidade e proximidade do cuidador para além da função técnica e da instituição” de saúde (Feuerwerker, Merhy, 2008, p. 186). Nesse sentido, na observação realizada de “medicação assistida”, atribuímos à vinculação afetiva possibilitada pela intervenção domiciliar o fato do usuário falar para o trabalhador de saúde mental, no caso um técnico de enfermagem, sobre o uso de drogas, junto ao uso da medicação.

O termo co-morbidade ou “duplo diagnóstico” é utilizado no discurso psiquiátrico para referir-se à situação de um mesmo indivíduo que apresenta um transtorno por uso de substância psicoativa e outro transtorno psiquiátrico, sem relação etiológica entre eles. Essa situação torna-se um importante desafio para a rede de atenção em saúde mental, tendo em vista o grau crescente de co-morbidade entre os transtornos mentais e os transtornos associados ao uso de drogas e as dificuldades quanto à responsabilização dos serviços, como o CAPS ad e o CAPS III (Cirino, 2009).

Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) apontam que houve nos últimos anos um aumento do consumo mundial de drogas ilícitas. Em 2004 foram estimados 175 milhões de usuários e em 2006 esse número aumentou para 180 milhões (Galassi, Elias, Andrade, 2008). Nos países da América do Sul, o Brasil se destaca com o maior número de usuários de opiáceos e maconha. Quanto ao uso de cocaína, o país apresentou índice de crescimento ao lado da Venezuela, do Equador, da Argentina e do Uruguai (Escritório das Nações Unidas sobre Drogas, 2009).

Na complexidade das situações enfrentadas no território, o aumento do consumo de drogas ilícitas é uma realidade com a qual os trabalhadores estavam se defrontando recentemente em suas práticas.

A particularidade ressaltada na situação refere-se à importância do atendimento domiciliar como uma forma de aproximação do contexto no qual o uso de droga é uma vertente do cotidiano de alguns dos usuários. A informação que é repassada para a equipe pode indicar a necessidade de mudança na abordagem com o usuário.

A atenção domiciliar como um instrumento de abertura e de intervenção no território, espaço onde a vida pulsa, para além dos muros dos serviços de saúde, propicia que os trabalhadores sejam, ao mesmo tempo, desafiados e alimentados pela complexidade e singularidade de cada situação de atendimento (Feuerwerker, Merhy, 2008).

No cenário internacional, o cuidado domiciliar, “home care”, é uma prática habitual de atendimento nos casos de transtornos mentais e na literatura consultada é discutido e avaliado das mais diversas formas. Desse modo, destacamos dois dos estudos realizados para finalizar a discussão desse subtema.

Em um dos estudos realizado em cinco regiões da Itália (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio) para avaliar o sistema de saúde mental italiano, trinta anos após a aprovação da Lei 180, a qual determinou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e o que ocorreu em definitivo no país ao final dos anos 1990, observa-se que o item “atividades de enfermagem”, compreendido pelas visitas domiciliares e administração de drogas psicotrópicas, representa 31% das ações dentre as

demais atividades desenvolvidas pelos Centros de Saúde Mental (CSM) italianos (Lora, 2009).

Observou-se que nas visitas domiciliares acompanhadas em Trieste, além do fornecimento diário da medicação, o trabalhador de saúde mental direcionava o seu interesse para as condições da pessoa, avaliando os aspectos que contribuem para a piora de seu estado de sofrimento mental e não apenas para o quadro psíquico apresentado. Quando necessário, buscava responder as demandas acionando outras instituições, tais como os serviços sanitários ou sociais, os recursos comunitários e humanos presentes no contexto, exemplificando que o fato do trabalho territorial somente é possível em rede.

O projeto de Atenção Integrada à Saúde (IHC), proposto por uma Faculdade de Enfermagem nos EUA, prevê o atendimento de saúde primário às pessoas com transtornos mentais severos, integrando o cuidado de saúde física com os serviços de saúde mental, por meio de estratégias de intervenção, dentre as quais a visita domiciliar, com a entrega de psicofármacos por enfermeiras especializadas no cuidado em saúde mental. Em comparação com a população em geral, as pessoas com transtornos mentais apresentam significativamente maiores taxas de diabetes, colesterol, obesidade, hipertensão, colocando em risco sua saúde cardíaca. A presença de outras co-morbidades, como o abuso de substâncias e ocorrências como ferimentos acidentais ou gravidez, agravam os problemas de saúde. Além disso, a inatividade física e as condições de sociais desfavoráveis, como moradia inadequada, conduzem a uma menor expectativa de vida. Desse modo, busca-se abordar uma das lacunas dos serviços públicos de saúde, a incidência de doenças crônicas e a baixa expectativa de vida das pessoas com graves transtornos mentais (Storfjell et al., 2008).

Esses estudos demonstram, no panorama internacional, a atenção dos serviços para a garantia da ingestão da medicação e a relevância da atenção domiciliar para o cuidado em saúde mental.

As oficinas e os grupos realizados externamente ao ambiente físico do CAPS constituem outro meio de trabalho apontado nos discursos.

O questionamento do papel de exclusão social promovido pelos hospitais psiquiátricos foi acompanhado pela crítica ao uso da ocupação para o entretenimento, a ocupação do tempo ocioso sem outra finalidade. Com o processo da Reforma Psiquiátrica e a proposição de novas formas de cuidado, as atividades ganharam novos contornos, tornando-se elementos articuladores entre o dentro e o fora da instituição.

Desse modo, as atividades no âmbito da saúde mental passaram a ser denominadas de oficinas e adquiriram um caráter importante no contexto dos serviços de saúde mental, como nos NAPS e CAPS. As oficinas apresentam-se tanto como um instrumento terapêutico quanto como promotoras de processos de reinserção social através de ações direcionadas para a geração de renda, o desenvolvimento da autonomia e a interação social. O caráter terapêutico das oficinas se refere ao estabelecimento das relações sociais que são oportunizadas em contraposição ao isolamento, às perdas e às dificuldades relacionadas aos vínculos afetivos e sociais que marcam muitos dos transtornos mentais. Assim, ainda que essas dificuldades estejam presentes no cotidiano dos usuários fora do serviço, o momento de convivência é o elemento central das oficinas terapêuticas e apresenta fundamental importância. No entanto, é preciso estar atento ao uso desses instrumentos na prática cotidiana dos serviços de saúde mental a fim de que não venha a incorrer em uma nova institucionalização do fazer (Costa, Figueiredo, 2008).

Dentre as atividades realizadas no CAPS, algumas das oficinas que apresentam relação com o território figuraram no discurso dos trabalhadores, tais como a oficina de futebol, a oficina de culinária como atividade geradora de renda e a proposta de uma oficina de jornal a ser realizada em outra instituição de saúde.

O futebol é uma das práticas corporais mais popularizadas no mundo e, no Brasil, sua constituição histórica parte de uma manifestação cultural que se transformou em fenômeno social e influencia de forma direta ou indireta todo o tecido social. Essa é uma prática bastante utilizada tanto num nível educativo, como um dos principais conteúdos da Educação Física, como na dimensão do lazer, devido ao fato de ser um dos espetáculos mais

assistidos mundialmente como atividade de lazer esportivo. Por esses motivos considera-se que o futebol faça parte da cultura dos usuários e, nesse sentido, potencializa o interesse por realizar tal atividade nos CAPS (Abib, 2008).

O futebol propicia aos usuários a possibilidade de trocas sociais não somente entre usuários e trabalhadores, mas com as pessoas que não pertencem ao contexto da saúde mental ao se fazer o uso do espaço público, comunitário: o campo de futebol.

Assim, o futebol como um instrumento no campo psicossocial pode ser um facilitador para a diminuição dos estigmas em torno das pessoas com transtornos mentais, visto que por meio dessa atividade há o reconhecimento dos envolvidos como cidadãos, permitindo a tolerância quanto às diferenças, colocando a doença entre parênteses (Cassandri, 2007).

O futebol foi uma das atividades enfatizada nos discursos como uma forma de intervenção no território. Foi possível notar, durante o período de realização da coleta de dados, um envolvimento significativo em torno dessa atividade por parte de usuários e trabalhadores, sobretudo em torneios entre os CAPS, o que contagiou o cotidiano da instituição com um clima de decisão de campeonato.

É possível observar a partir dos discursos analisados que a oficina de futebol apresenta-se como mediadora da conquista de espaços e de relações, ou seja, significa mais do que uma intervenção no, sendo uma forma de apropriação do território.

A ação fundamental dos trabalhadores é a de potencializar os espaços, fazer uso dos recursos comunitários com a intencionalidade de envolver os usuários e moradores do bairro, conforme observamos nos trechos discursivos:

1T2¹⁹: O CAPS atuando dessa forma [no território], um exemplo claro do que a gente tá fazendo agora aqui, eu puxo sardinha para o futebol, por exemplo, a gente foi num domingo de manhã com os usuários jogar com o time dos veteranos aqui do bairro.

1T2²⁰: [sobre o futebol] A gente já tem vários outros jogos marcados, está descobrindo a comunidade, está indo em todo o território mesmo e usando os espaços que existe.

O movimento é então o de inserir a sociedade no contexto de ações psicossociais e não somente o esforço em fazer o contrário, ou seja, inserir os usuários nos locais existentes, mas aproximar as pessoas com atrativos, como o futebol que naturalmente agrega, criando novos espaços de convivência.

Na experiência da reforma psiquiátrica italiana, no parque San Giovanni, onde funcionava o hospital psiquiátrico de Trieste, na década de 1970, buscou-se a construção do envolvimento progressivo da população na desmontagem do manicômio por meio do oferecimento de atividades sociais e culturais naquele espaço, as quais despertassem o interesse e a participação dos habitantes da cidade. Em outra direção, também eram promovidos eventos nos bairros, com a intenção de que os pacientes ultrapassassem as fronteiras da instituição. Dessa forma, a criação de situações coletivas, como mostras de fotografias, cinema e teatro, concertos de música italiana e jazz, com a participação de artistas, foi uma das estratégias de desinstitucionalização, ao passo que se devolvia para a cidade um espaço e abria-se ao debate acerca dos estereótipos em torno das pessoas com transtornos mentais (Barros, 1994).

Analogamente, a oficina de futebol é igualmente uma estratégia com a potencialidade de propiciar um movimento de desinstitucionalização, compreendido como a produção de uma outra forma de relacionamento e convivência com a diferença, por meio da apropriação dos espaços comunitários.

Contudo, segundo as falas, a ocupação desses lugares não se dá de forma tranquila, sendo necessária a negociação, num esforço de convencimento por parte dos trabalhadores que, dessa forma, emprestam poder contratual ao usuário. Isso se estende em certa medida para a população que compartilha o espaço, conforme observamos nos trechos seguintes:

1T2⁶⁵: A gente tem um campo aqui que é um espaço da Prefeitura público, mas pessoas resolveram privatizar ele, privatizar não, ser dona dele e não quiseram deixar mais a população usar o espaço...

1T2⁶⁶: Conversando lá e o cara cedeu pra gente toda sexta de manhã ir lá jogar bola, quer dizer, esse espaço a gente não tinha, então a gente tem essas parcerias entendeu, a “trancos e barrancos” a gente vai conquistando...

1T4⁶⁷: Vai criando os lugares possíveis...

Nesse caso, a conquista dos espaços ocorre mediante a negociação e significa a conquista de relações, simbolizada pela entrada e participação de outros atores nesse jogo, por intermédio do exercício do papel de protagonista do usuário. Assim, a busca de patrocínio para a concretização de um campeonato é destacada nas falas como conquista de todos, usuários e trabalhadores:

1T3⁶⁸: É, nós conseguimos um patrocínio (...) pra um time de futebol, através de um usuário nosso, que foi a uma loja de revenda de automóveis aqui da região...

1T3⁶⁹: [O empresário] Comprou todo o uniforme nosso novinho em folha, patrocínio da loja dele, mas entendemos que é o sentido que nós damos pro futebol dos usuários aqui é esse mesmo, né? (...) Semi-profissional...

1T2⁷⁰: Porque na realidade a gente tava com um bazar pra fazer pra arrecadar dinheiro, fundos pra conseguir isso e ele [o usuário] viu que tava difícil assim, de repente começou a procurar...

1T3⁷¹: Foi atrás, conseguiu e a empresa bancou, achou interessante, o dono dessa loja veio ao CAPS, conheceu aqui, conversou com a gente, semana passada quando eles entregaram o uniforme ele também teve aqui junto com os usuários e tal, se comprometeu inclusive de ir na nossa próxima partida ver o time jogar...

As oficinas em saúde mental, ao ter como objetivo principal a promoção do convívio social e familiar, funcionam como um elemento para trocas sociais, sendo um meio para o estabelecimento e a ampliação da rede social. Dessa forma, as oficinas são um dos instrumentos do processo de trabalho em saúde mental no território que potencialmente contribuem com o processo de reabilitação psicossocial (Ribeiro, 2008).

Oficinas que não ficam restritas ao ambiente institucional, ao espaço de dentro e exploram os espaços externos ao proporem atividades aglutinadoras como o futebol também se configuram como um dos elementos que podem contribuir com a mudança cultural em face da

convivência. Para tanto, é imprescindível o manejo da atividade tendo como meta a integração entre usuários e não usuários do CAPS, ou seja, não apenas o uso do espaço de fora, mas também o uso de estratégias que possam realizar esse elo.

Outro aspecto em torno da oficina de futebol nos discursos dos trabalhadores se refere ao seu uso também como instrumento em uma situação de crise vivenciada pelo usuário, sem a proteção dos recursos institucionais, conforme a frase:

1T2¹¹⁸: Ele [o usuário] tava em crise, levamos ele pra uma atividade... futebol! (...) Bem fora daqui, bem distante, entendeu? Eu levei ele no carro, do meu lado assim, tranquilo, sem...

Este trecho corrobora a discussão anterior acerca do CAPS no território, em que a compreensão de crise expressa não está relacionada a um cuidado meramente biológico centrado na intervenção medicamentosa. Para uma situação de crise, em vez da restrição no serviço, no leito, o usuário é convidado a ocupar outros espaços, diferentes e distantes daqueles dedicados à contenção dos sintomas, como o quarto, a instituição.

A oficina de futebol, com as suas propriedades e benefícios, é uma das atividades com destaque também nos discursos dos usuários. O significado atribuído refere-se à possibilidade da prática do exercício físico e do lazer, espaço em que os trabalhadores apoiam os usuários.

4U⁴⁴: No futebol, eles [os profissionais] apoiam a gente, né? Torcendo, eles são legal, eles são.

11U¹²: Eles levaram nós, lá foi tudo junto, nós foi dentro da perua, da perua do CAPS, nós foi jogar bola, nos foi campeão, primeiro lugar...

11U⁸: Futebol é bom pra emagrecer, pra fazer ginástica, né?

4U⁶⁸: Porque eles me dão essas chances pra eu poder distrair minha mente, pra mim poder correr um pouco...

2NU¹³: [sobre o futebol] Isso aí é muito bom pra ele, ele gosta, tem futebol também, ele vai sempre no futebol.

Além da ocupação do tempo ocioso, na frase seguinte é apontado como benefício da oficina de futebol algum tipo de aprendizado para as situações de vida:

4U⁶⁹: Aí você tem a ansiedade, você quer ganhar, mas ao mesmo tempo você ganha, você perde e você aprende que a vida é assim.

A oficina de futebol é uma das atividades oferecidas no CAPS que sugere contagiar o cotidiano institucional, pois imprime o envolvimento dos trabalhadores e dos usuários, daqueles que jogam e, conforme as falas, daqueles que não jogam, mas assistem:

8U⁸: Eu vejo eles jogar bola, jogar bola mesmo eu não vou não.

8U⁹: Fomos assistir, eles ganharam de, ganharam nos pênalti. (...) Era a final, final, ganharam a medalha.

9U³: Gosto de ver o futebol, gosto de ver o futebol, foi campeão da liga, foi campeão da liga, o futebol do CAPS.

Para além desses aspectos, a importância do futebol no contexto da atenção psicossocial está no encontro de um lugar de ressignificação mediante os limites impostos pelas condições sociais e de saúde:

4U⁶⁶: Lá fora minha vida foi se limitar nessa parte aí, ficou limitada porque quando as pessoas veem você assim, querendo ou não, é, sempre tem um jovem mais que você, então eles vão dando mais chance, então você tem que ir sabendo até onde você aguenta e aqui no CAPS não, eu achei um lugar que é, por exemplo assim, é de igual pra igual, jogar bola!

Fora do contexto da saúde mental, o discurso indica que o usuário não encontra muitas possibilidades para o seu fazer, pois tem que enfrentar sozinho uma sociedade em que a diferença não encontra espaço. Assim, no âmbito do serviço, é possível encontrar condições de igualdade para realizar algumas ações, como participar de um jogo de futebol.

Em outras palavras, dentro do contexto da atenção psicossocial o usuário sente-se acolhido e aceito em suas diferenças e dificuldades; fora, vai de encontro aos preconceitos e estigmas. Nesse aspecto, Wachs (2008) refletiu sobre a reinserção dos usuários em outros espaços comunitários para a prática do futebol e considerou em seu estudo que eles não permanecem nos outros lugares por não se encontrarem adaptados. Dessa forma, resta aos serviços de saúde mental o desafio de trabalhar com a outra ponta da relação usuário–sociedade.

Assim, a oficina de futebol, considerada nos discursos dos trabalhadores como uma ação no território que tem como possibilidade envolver a comunidade, caminha nessa direção.

O trabalho como parte orgânica da vida cotidiana define as demais atividades, as quais são ordenadas fundamentalmente com base no trabalho. Para o homem particular da imensa maioria da sociedade, o trabalho segue sendo uma parte inevitável da vida cotidiana, ainda que existam sempre camadas sociais de não trabalhadores (Heller, 1991).

A ausência do trabalho, por sua vez, compromete a cotidianidade daqueles que se situam nessa camada de não trabalhadores, como a maioria das pessoas acometidas por transtornos mentais.

Em consequência, essas pessoas tornam-se ainda mais vulneráveis, pois o trabalho como uma característica forte da identidade pessoal contribui para a construção da auto-imagem, da auto-estima e da capacidade contratual. Nesse sentido, o trabalho é considerado quase que unanimemente um fator primordial de reabilitação, pois, por meio dele, conseguem-se benefícios dificilmente obtidos em outro modo, como o aspecto econômico, a expansão dos contatos sociais, o ritmo e o sentido da vida cotidiana (Agnetti, 2008).

O uso do trabalho como instrumento de reabilitação em psiquiatria fora do contexto hospitalar remonta a experiências internacionais, como: os modelos de “treinamento pré-profissional” e de “emprego apoiado” nos EUA a partir da década de 1940; a “terapia profissional”, a “reabilitação profissional” ou “reabilitação psicossocial” do modelo anglo-saxão; e o “modelo de readaptação”, da França. Esses principais modelos internacionais de reinserção das pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho apresentam problemas em comum, como o afastamento entre o mercado de trabalho real e os serviços de reabilitação, ou seja, o contexto pessoal, social e econômico não é considerado. Na experiência italiana de reforma psiquiátrica, o modelo das cooperativas sociais que têm como principal característica a consideração dos fatores complexos nos níveis individuais e coletivos envolvidos na questão da saúde mental pressupõe uma rede complexa de serviços em que estão integradas

as pessoas, com ou sem problemáticas que as impedem o exercício do trabalho (Leal, 2008).

No Brasil, para fazer frente ao problema da exclusão pelo trabalho vivenciado pelas pessoas com transtornos mentais, houve uma grande proliferação, na década de 1990, de oficinas como um instrumento de revalorização do trabalho de forma terapêutica. Assim, os serviços de saúde mental substitutivos ao hospital psiquiátrico, centros de convivência, ambulatorios e demais serviços que compõem a rede de assistência em saúde mental introduziram de forma diversificada as oficinas de geração de renda.

A possibilidade mais promissora apontada por Saraceno (1999), como meio eficiente e necessário para enfrentar a desvinculação do mercado de trabalho, são as cooperativas de trabalho ou cooperativas sociais, nas quais os usuários têm oportunidade de associação em torno da produção coletiva com a divisão do trabalho e dos possíveis lucros. Constituem-se numa alternativa valiosa, não apenas para os usuários de serviços de saúde mental, mas também para as demais pessoas em situação de desvantagem social.

Nesse sentido, tem sido uma alternativa bastante difundida e discutida no campo da saúde mental, inclusive por meio de proposições políticas como a Portaria Interministerial nº 353 de 07/03/2005, estabelecida entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, no movimento denominado de Economia Solidária, que tem como principal teórico e articulador, em nosso contexto, o professor Paul Singer.

A Economia Solidária pode ser compreendida como uma forma de organização de atividades econômicas e produtivas, de distribuição e de consumo, que se relaciona com as necessidades das pessoas. É uma resposta ao modo de relações produzidas pelo capitalismo que tem como base a competição. O ideal da Economia Solidária é que a “principal virtude de qualquer sistema econômico é promover a cooperação entre as pessoas, famílias, comunidades, países...” (Singer, 2010, p. 84).

Em nosso contexto, a discussão sobre geração de renda por meio das cooperativas sociais é recente para o campo da saúde mental e as oficinas

de geração de renda têm sido a proposta mais difundida no cotidiano dos serviços de saúde mental.

A partir de 1990, várias são as experiências exitosas na perspectiva de geração de renda que se fizeram notar, para citar algumas delas: no município de Santos, com a Unidade de Reabilitação Psicossocial; em São Paulo, a Associação Franco Basaglia; em Campinas, o Núcleo de Oficinas e Trabalho (NOT); no Rio de Janeiro, o Núcleo de Saúde Mental e Trabalho (NUSAMT); e em Natal, o projeto Loucomotivas (Leal, 2008).

Nos discursos analisados, o tema do trabalho para os usuários figura como uma possibilidade concreta por meio de projetos e das oficinas de geração de renda como uma forma de atuação no território, conforme constatamos nas frases:

1T4¹⁰⁹: A saída pro território agora a gente até tem feito menos, mas a gente organizava alguns eventos fora do CAPS, então fazia pastel pra vender, já organizamos evento na praça duas vezes aqui na pracinha perto do Centro de Saúde...

1T3¹¹⁰: Uma vez os meninos foram jogar futebol no campinho aqui embaixo a gente levou a barraca de pastel e aí a gente fazia até uma parceria inclusive com outro CAPS...

1T5¹⁵³: A gente conseguiu transporte, do Distrito, a gente conseguia estar levando, estando em outros locais pra venda, então isso não é só venda, mas é interação, é relação, recursos, né? Recursos humanos outros que se potencializava ali, porque assim além de toda questão do trabalho...

As falas são coerentes com a proposta da Reabilitação Psicossocial, pois é assim, por meio da exploração do território, que o “negócio precede o ócio”, ou seja, somente a construção de espaços de trocas (negócios) sociais possibilita gerar as relações, ou seja, “somente a partir do direito ativo ao exercício do negócio (da troca de oportunidades materiais), o sujeito é colocado na condição de exercitar o direito à relação” (Saraceno, 1999, p. 112).

Observa-se que mesmo não sendo com a frequência desejada, houve o manejo para a circulação do produto da oficina, o pastel, em eventos promovidos ou associados a outra atividade, como o futebol, em parceria com outro serviço, ainda que mesmo dentro do campo da saúde mental.

Essas foram algumas das estratégias utilizadas na promoção de abertura dos espaços de negociação para os usuários deste CAPS.

A própria oficina de geração de renda, com a atividade de culinária, teve um percurso, circulou por diferentes espaços, pois partiu da iniciativa de um dos trabalhadores que veio de outro serviço e continuou o projeto neste CAPS. A oficina de culinária posteriormente foi transferida para outra instituição de saúde mental onde havia o espaço adequado para a realização do trabalho, como observamos nos trechos seguintes:

1T5¹⁵¹: Era um projeto de geração de renda com usuários, começou num CAPS aí continuei aqui e esse acho que é uma história legal porque ele acabou enquanto espaço do centro de convivência (...) por conta de uma ociosidade que tinha naquele espaço [na cozinha] na época, então isso acabou se apropriando daquele espaço...

1T5¹⁵²: Foi muito interessante porque possibilitou recursos de montar lanchonete (...) de eles comprarem uma barraca de pastel, então eles montarem essa barraca de pastel (...) em todos os eventos possíveis que tinha transporte...

O estabelecimento de parcerias interinstitucionais em um primeiro momento configura-se como a base para a ação do CAPS no território, a qual deve ser ampliada por meio das relações intersetoriais. Então, o trabalho conjunto propicia outras referências para o usuário que não apenas o CAPS, como podemos comprovar nas frases abaixo:

2T5⁵: Pensei esse aqui [comentário sobre a figura] com relação ao projeto de geração de renda aqui, que antes era aqui o pastel...

1T2⁵⁶: Que é geração de renda, que tem usuários daqui e começou a trabalhar lá...

O CAPS em questão, no papel desempenhado em relação às oficinas de geração de renda, funcionou como um articulador, um espaço de passagem, em que as ações não se encerraram em seu domínio. Avaliamos que é essa a direção, o caminho a ser percorrido pelos serviços substitutivos, ou seja, constituírem-se como elos para a inclusão social dos usuários no território.

Outra possibilidade encontrada é a geração de renda a partir de uma horta realizada na escola pública do bairro, próximo ao CAPS, de acordo com as frases:

1T2⁸⁴: Tem os funcionários que fazem oficina da horta aqui que agora essa horta vai ver se consegue tipo uma geração de renda também.

A oficina de horta que é na escola do bairro, próxima ao CAPS, deu-se a partir de um processo de negociação do espaço, conforme evidenciam os discursos dos trabalhadores e de não usuários. Lembramos que os não usuários são também moradores ou frequentadores do território:

1T4⁸⁵: Já tem um pouco mais de um ano pra ela ser, e foi legal porque a gente foi discutir o espaço e tudo, na escola que é aqui próximo, né?

1T4^{85a}: Então o ambiente da horta tá envolvido pelas crianças, pelos adolescentes lá da escola, né?

3NU¹: O CAPS veio até a escola e me procurou [...] pra que se fizesse uma parceria junto ao CAPS sobre esse trabalho. Num primeiro momento eles estavam fazendo a horta aqui ao lado, que é uma área do Posto de Saúde e no qual as árvores cresceram muito e não tinha mais espaço pra eles plantarem, aí eles vieram procurar a gente, pra gente ver se tivesse algum espaço disponível.

3NU²: Juntamente com os professores, passei em uma reunião no conselho de escola, o conselho de escola aprovou esse trabalho e eles começaram a vir.

1T4^{85b}: Na época a gente, inclusive antes, né? Ainda conversando sobre a concretização da horta e tudo, a gente foi fazer reunião com os professores então, toda uma discussão, levando o CAPS, né? Pra dentro da escola e tá até hoje a horta lá, né? Então foi um espaço que a escola cedeu e que deu muito certo também e é aqui bem pertinho, quase na esquina do CAPS a escola.

3NU³: Eles começaram juntamente com o pessoal responsável pelo CAPS, então as pessoas que faziam tratamento lá vinham acompanhar, até hoje, né? Vêm acompanhados pelos responsáveis e iniciou o trabalho, eles limpam todo o terreno, fizeram os canteiros e começaram a semear. E hoje já tá em plantas grandes, enormes.

3NU¹⁶: O quanto é bom ter um lugar pra essas pessoas terem essas atividades, fazerem estas atividades e eles se sentem muito bem fazendo estas atividades, isso daí que eu pude perceber, né? Eles se sentem muito alegres, felizes, nossa, eles vêm aí [atividade de horta na escola], eles saem realizados.

Como observamos, a iniciativa do serviço de saúde mental é concebida de forma positiva por não usuários ao proporcionar atividades que, segundo a fala, refletem o bem estar dos usuários. Assim, reafirmamos que “um lugar” para “essas pessoas” “terem o que fazer” não deve estar restrito ao ambiente do espaço institucional do serviço de saúde mental e sim, como no caso da horta, nos espaços em comum às “demais pessoas” é que se devem dar as ações, pois é onde o fazer adquire sentido.

Desse modo, o processo de Reabilitação Psicossocial é uma estratégia para que as atividades oferecidas pelos serviços de saúde mental não sejam dicotômicas, ou seja, não separem sujeitos e contextos (Saraceno, 1998a), como no caso dessa atividade.

Mais uma vez observa-se que há um movimento do CAPS na direção de ocupação dos espaços sociais. A negociação, a explicação, o fazer-se conhecido, a abertura do serviço para a comunidade em torno, para a conquista de territórios, de mudanças nas relações sociais, por meio da cultura da convivência. Posteriormente retornaremos à situação específica da horta na escola, ao discutirmos as implicações de ações territoriais no cotidiano. Entretanto, o que podemos sinalizar aqui é a proposição futura dessa oficina como uma possibilidade de geração de renda, como dita anteriormente.

Os maiores obstáculos para a realização dos “desejos de trabalho” no campo da saúde mental esbarram na principal questão problemática do mercado de trabalho e do estigma, que coloca as pessoas com transtornos mentais em maiores dificuldades em comparação com o resto da população (Agnetti, 2008).

Para esta camada dos não trabalhadores, recentes pesquisas internacionais de avaliação do processo das psicoses apontam que o trabalho produz uma redução no número de internações, diminuição dos sintomas psicóticos, redução dos custos de tratamento, aumento da qualidade de vida, melhora do funcionamento social e ampliação da rede social de referência (Agnetti, 2008).

Em virtude do exposto, as oficinas de geração de renda, bem como as cooperativas sociais, ainda que incipientes em nossa realidade, são os instrumentos que, em articulação com o território, devem ser explorados no cotidiano dos CAPS. Observamos na expressão dos dizeres, ainda que não sejam inúmeras as ações na direção de um dos eixos primordiais da Reabilitação Psicossocial, a potencialidade do serviço como mediador na construção de propostas para o trabalho, sem que a ação esteja centralizada em seu interior, é uma possibilidade.

Os discursos apontam também o uso do espaço comunitário, por meio da parceria estabelecida com o Centro de Convivência da região, para o desenvolvimento de atividades, como a oficina de jornal, que tem como proposta ser um jornal do CAPS, utilizando os recursos do serviço:

1T2⁴⁸: Outro espaço formal é as atividades que os profissionais daqui fazem no [Centro de Convivência]...

1T3⁵¹: É a ideia do CAPS fazer... daqui pra fora...

1T3⁵³: A gente tá pensando em fazer o jornal do CAPS que até então não existe, mas é uma atividade que a gente faz lá no Centro de Convivência.

1T3⁵⁴: Pelo know how do Centro de Convivência também eles têm uma sala de computação, têm uma sala de aula, enfim...

O uso dos recursos da comunidade, como o espaço e equipamentos de outro serviço, significa, à semelhança de Robson Crusoé em uma ilha deserta, um percurso de descoberta (saber ver) e de aprendizagem (saber usar). Nesse processo, ver com outros olhos aquilo que já estava ali, mas impedido pelos “saberes” e pelos “afetos cegantes”, significa lançar um olhar transformador, ou auto-reprodutivo (Saraceno, 1999).

Esse é o exercício a ser feito nos serviços de saúde mental ao buscarem os recursos do território.

A realização de grupos de referência também em espaços externos ao CAPS, como no Centro de Convivência e no Parque, de acordo com as frases, são outras formas de uso do território pelo serviço de saúde mental:

1T2⁹¹: E outra coisa que acontece também aqui, não são todos, mas que acontece assim, os grupos de referência que acontece no Bosque, no DIC, aqui, por exemplo, que a gente usa o território também, é uma atividade.

O uso dos espaços e recursos comunitários por iniciativa do CAPS, como o Centro de Convivência, o campo de futebol, a escola, o parque, para o desenvolvimento de atividades como as oficinas e os grupos externos ao serviço, é uma forma de intervir no território, marcada, sobretudo, pela busca do estabelecimento da convivência.

Nessa direção, as oficinas em saúde mental e a realização de grupos, conforme apontados nas frases temáticas indicam a abertura do serviço ao território, o que confirma a concepção dos trabalhadores acerca do CAPS.

Na análise dos discursos, emergiram frases temáticas sobre o relacionamento com a vizinhança, tanto do CAPS como dos usuários em seus contextos. Referem-se às intervenções realizadas pelos trabalhadores por meio de reuniões, diálogos pontuais em momentos de crise dos usuários e parcerias estabelecidas com a vizinhança, ações que podemos denominar como mediação de trocas sociais, arbitragem de conflitos e negociação ou práticas de responsabilização dos atores sociais pelo cuidado (Silva, 2005; 2009).

A perda de importantes laços sociais, em decorrência da presença de um transtorno mental, provoca estigma e exclusão social, que resulta em um cotidiano empobrecido e desprovido de possibilidades de mudanças. Desse modo, a (re)construção das redes de sociabilidade das pessoas se faz um importante instrumento terapêutico (Fontes, 2010).

Além das redes comunitárias e das relações familiares, as redes de vizinhança e amizade são redes intersticiais, redes de apoio importantes que imprimem dinamismo na prática cotidiana da equipe de saúde (Bonet, Tavares, 2006).

É nesse sentido que as frases temáticas desvelam a importância de formar parcerias com os vizinhos dos usuários, conforme as necessidades que os trabalhadores observam em sua prática cotidiana, tais como a ajuda com a medicação ou ainda outras atividades cotidianas:

2T3¹⁵²: Dependendo do projeto do usuário é fundamental que se tenha uma conversa com a vizinhança (...) tem outros que realmente não, o que eu vou conversar com o vizinho? Não tem, não faz muito sentido.

2T1¹⁵³: Muitas vezes a gente precisa dos vizinhos sim.

2T5¹⁵⁴: Não, a gente só precisa dos vizinhos.

2T2¹⁵⁵: É, vizinho é parceiro.

2T1¹⁵⁶: Quantas vezes a gente tem assim, de usuário que a gente pede “vai lá vê se as luzes estão acesas”, “chama lá pra mim”, “ver se a pessoa tá lá na casa”, esse vizinho vai, verifica realmente isso, liga pra nós de volta, “olha tá lá na casa, eu verifiquei, chamei, tá lá, tomou o remédio”, muitas vezes a gente faz isso com vizinho, o vizinho muitas vezes é muito parceiro.

2T2¹⁵⁷: Pra você ter ideia, tem vizinhos que conhecem, por exemplo, sabe quando não tá bem, já ligam pra gente e dá um toque.

2T5¹⁵⁸: E procura especificamente o profissional.

2T2¹⁵⁹: Isso, e já sabe até inclusive quem que é referência daquele usuário.

2T4¹²⁸: Igual hoje a [coordenadora] foi conversar com os vizinhos e assim e eles contando: “ah! Fulano de tal passa aqui falando isso e isso e isso”, “porque no ônibus eu vi não sei quem, discutindo com não sei quem”, e falando de usuários do CAPS.

Os discursos apontam que há um movimento espontâneo por parte de alguns vizinhos no cuidado dos usuários e que a relação com o serviço e com os trabalhadores vem se afirmando.

Na observação de campo, na situação de atenção domiciliar, foi possível perceber atitudes de solidariedade entre um usuário e sua mãe com outra usuária do CAPS. A usuária mora sozinha e os seus vizinhos, especificamente a mãe do usuário, presta alguns cuidados a ela como administrar-lhe a medicação e fornecer alimentação. Essas ações foram informadas à trabalhadora do CAPS que, em contrapartida, também fez algumas orientações.

A solidariedade está associada com a interdependência dos indivíduos em suas atividades no cotidiano. É produzida a partir de trocas que não estão circunscritas em um espaço de tempo e se traduzem primeiramente pela reafirmação dos laços sociais, em uma trajetória de sociabilidade em que não há equivalência dos objetos que se intercambiam. Nas redes de sociabilidade primária (família, vizinhança, amigos), é encontrado o apoio social como um valioso recurso fora das instituições do Estado que têm importante papel no cuidado das pessoas com transtornos mentais (Fontes, 2007).

O atual cenário do processo da Reforma Psiquiátrica traz um apelo à responsabilidade de diversos atores e instâncias sociais no cuidado com a pessoa portadora de transtorno mental. Busca-se o compartilhamento de responsabilidades com o objetivo de fornecer ao usuário um estatuto de cidadania e de autonomia possível. Nesse sentido, familiares e vizinhos de usuários são chamados a participar da política pública como “cuidadores” e como “suporte social”, apesar de serem considerados no discurso oficial como “parceiros” (Silva, 2009).

Nesse sentido, para a participação e o envolvimento da vizinhança no contexto do serviço, os discursos apontam que a estratégia utilizada pelos trabalhadores foram as reuniões, como dissemos anteriormente, quando da implantação do CAPS, e o enfrentamento de dificuldades ocorridas. Além desse momento inicial, para todas as demais mudanças administrativas do serviço a reunião com a vizinhança é utilizada como uma estratégia:

1T5¹⁰¹: Por falar nisso, a gente fez um chá, convidamos as pessoas... Acho que foi um mecanismo.

1T3¹⁰²: Isso e nos vários momentos do CAPS: na abertura, na abertura do leito noite, na casa que se ampliou, sempre a vizinhança foi chamada pra saber do (...) do andamento.

Com a tomada de responsabilidade dos serviços pelo território como diretriz governamental, são necessários novos procedimentos, novas tecnologias psicossociais, como a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos a serem utilizadas junto aos familiares, vizinhança, escola e outros espaços sociais de referência do usuário. Trata-se de intermediar, cercar, conquistar, convencer, na perspectiva de formar redes de suporte social (Silva, 2009).

Por outro lado, a aproximação das casas e a dinâmica das redes sociais se imbricam e entrecruzam, trazendo como consequência inevitável o envolvimento da vizinhança na dinâmica da doença, tanto como prestadores de ajuda e apoio, mas também como veiculadores de informações e estigmas (Rabelo, 2001 apud Fontes, 2007, p.88).

Assim, observa-se pela análise dos dados que os estigmas em torno da presença do serviço na comunidade, apesar do sinalizado cuidado da equipe com a vizinhança, ainda não foram totalmente superados. As frases temáticas apontam duas situações pontuais de tentativas de evasão de usuários, pelos telhados:

1T3¹⁰³: Uma outra passagem interessante eu lembro de um paciente que fugiu (...) pulou um muro e saiu quebrando vários telhados das casas, ele saiu por cima, e com um morador a coisa foi mais tensa, mas todos eles, com todos eles, não lembro se no mesmo dia ou no dia seguinte, nós buscamos, conversamos, no intuito primeiro de, primeiro, olha, contar o que tinha acontecido e tal...

1T3¹⁰⁴: Com a vizinhança teve uma preocupação importante nossa de fazer a conversa e inclusive de ressarcir eles, teve uma das casas que teve um prejuízo grande, várias telhas quebradas, ele acabou caindo dentro da casa e tal...

No segundo episódio de tentativa de evasão, nota-se nos discursos o esforço de convencimento, representado pelos argumentos utilizados junto à vizinhança:

2T5¹¹⁰: Na hora, os vizinhos assustou muito [episódio de evasão] e aí a dificuldade no território também quando eles falam “mas por que não constrói um CAPS onde seja distante, aonde ele seja distante, que não tenha ninguém perto, não tenha casas”...

2T5¹¹¹: A [coordenadora] falou assim: “olha, mas é, nós estamos aqui e todo o pessoal que tá aqui com a gente é tudo vizinho seu, é da nossa região, é um CAPS da região”, e explicou, foi conversando com eles, “que tem cinco anos, são dois episódios”, foi trabalhando com eles, conversando...

2T5¹¹²: [O vizinho disse] “a gente teve um familiar com vinte e sete anos, também era doente, e acabou vindo a falecer”, então acabou eles entendendo, mas depois de uma longa conversa que a [coordenadora] teve com eles lá na rua no momento do episódio...

2T1¹¹³: [Os vizinhos] chamaram a polícia, eles falaram que eles não queriam mesmo o CAPS aqui, que eles queriam fazer abaixo-assinado pra não ter o CAPS aqui, a [coordenadora] foi conversando com eles até eles melhorar, mudar um pouco a opinião, é difícil também entender porque que nós estamos aqui...

Discutimos anteriormente a cultura manicomial como desafio para o trabalho no território em que esta situação foi analisada. No entanto, o que destacamos aqui é o manejo utilizado, o diálogo, a tentativa de convencimento, como formas de mediar uma situação conflitante e que se constitui como instrumento de trabalho no território.

Os discursos apontam que no segundo episódio de tentativa de evasão são retomadas, por parte da vizinhança, as falas de rejeição ao serviço, à semelhança dos conflitos vivenciados na sua implantação, com a negação de sua presença. Assim, o imaginário social ainda se pauta pela lógica do isolamento, em conformidade com o Tratamento Moral, que afirmou a necessidade da localização das instituições asilares em regiões afastadas da cidade e, por tal motivo, torna-se incompreensível a presença do CAPS na comunidade.

Nesse contexto, o trabalhador de saúde mental, para atuar no território, necessita do exercício de “convencimento do usuário e da população de que a loucura pode ser acolhida na cidade, sem precisar ser banida para trás dos muros dos hospitais psiquiátricos” (Ramminger, 2009, p. 94).

O trabalho do CAPS então consiste também em:

Criar espaços de tolerância e modos de acolhimento e convivência com aquilo que – na vida subjetiva – é da ordem do intratável, do inevitavelmente doloroso, do que “não tem remédio nem nunca terá”. A loucura, a dor subjetiva, a morte, o envelhecimento, não são ruídos, desvios, disfunções de uma vida que se extraviou de seu rumo. Como diz Canguilhem são, ao contrário, os signos de uma vida normativa. Ter saúde, diz ele, não é não adoecer. É poder adoecer e se recuperar. Poder sofrer e ultrapassar o sofrimento engendrando novas formas de lidar com vida (Bezerra Junior, 2004).

Dessa forma, para a abertura de espaços de convivência constituem-se imprescindíveis estratégias de ação, a mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos no campo da saúde mental. Tais formas de intervenção que ocorrem no território resumem-se num trabalho de convencimento de uma nova forma de cuidado, que implica na necessidade de tolerância, aliado à presença dos usuários na comunidade, a qual possibilita a convivência que, como dissemos anteriormente, é eficaz para a redução do estigma (Thornicroft, Tansella, 2010).

As atividades de lazer e de socialização, como festas e passeios, são parte orgânica da vida cotidiana (Heller, 2004) e constituíram-se como mais um dos elementos de intervenção no território conforme as frases temáticas.

Mencionamos anteriormente as dificuldades enfrentadas pelas pessoas com transtornos mentais quanto à socialização, sobretudo em decorrência do estigma que vivenciam. Estudos apontam a escassa participação dos usuários em atividades grupais, como festas, estando restritos os seus contatos com os membros familiares mais próximos. O lazer para as pessoas está condicionado à disponibilidade dos familiares, o que pode envolver tanto o aspecto afetivo, a falta de vontade, quanto a questão financeira, resultando na restrição da sua circulação social

(Dimenstein et al., 2006). Nesse sentido, o discurso do usuário ilustra esta situação:

11U¹¹: Meu pai não quer andar comigo, eu chamo meu pai e minha mãe e eles não vão comigo...

Dado a esse quadro, o cuidado nos serviços de saúde mental tem como enfoque a socialização por meio das atividades culturais e de lazer para proporcionar e estimular o aumento de trocas sociais por meio de ações coletivas.

Nesse sentido, os passeios organizados pelo serviço, bem como as festas, foram atividades consideradas nos discursos como ações que fazem uso do território.

1T2¹¹¹: Festa na comunidade, por exemplo, festa de final de ano a gente vai na igreja aqui, viajamos na chácara já, é porque sempre final de ano a gente faz a confraternização entre todos.

1T2⁸⁶: Outro espaço são os passeios, né? Que são feitos.

1T1⁸⁷: É, pra praia duas vezes por ano...

1T3⁸⁸: Nosso território é bem vasto.

1T4⁸⁹: Que não é exatamente na nossa região, mas...

1T1⁹⁰: Poços de Caldas, já fomos pro zoológico, né?

1T1⁹³: Ir com eles no cinema...

Os passeios, viagens à praia, idas ao cinema, ao zoológico, são dispositivos de uso do território que contemplam a dimensão do lazer. Nas frases temáticas acima, os passeios adquirem a função de ampliação do território, para além da área geográfica de abrangência do serviço.

Nos discursos de usuários e não usuários, os passeios, a exposição de pintura e as festas também figuram como atividades vivenciadas fora do ambiente do serviço:

3U⁵: Passeio da praia só eu fui só, foi bom, quando saímos em grupo, conversamos, uma pessoa [nome] ficou comigo, minha colega, né? Saímos juntas à noite, brincamos e tudo mais.

9U²: Passeio, vou no passeio, vou passear, vou no campo, vou passear, até segunda feira vou pra Santos... (...) Fui cinco vezes, com esta é seis vezes.

11U¹⁴: Fui na praia também, fui 6 vezes na praia, fui com a turma do Cândido Ferreira e com a turma daqui.

7U¹⁷: Também fui no [outro CAPS], teve uma festa lá, aí eu participei...

7U¹⁰: Foram o Dr. [nome] inclusive não tá mais aqui, mas foi me visitar lá [exposição de pintura], me deu a maior força.

2NU¹²: Eles já foram em Santos, eles já foram, eles foram, que nem ontem eles foram no cinema, né?

Atividades comemorativas consistem em um importante aglutinador de relações entre os usuários, familiares, trabalhadores, comunidade, ou seja, produzem os encontros necessários no território. Nesses momentos é possível observar que os papéis sociais tornam-se mais diluídos diante da aproximação entre as pessoas.

Desse modo, as festas permitem que as instituições se libertem de algumas regras, que não mais se justificam. Os indivíduos ganham liberdade e movimento, por meio da diluição das hierarquias, das distinções dos papéis, abandonam suas identidades habituais e assumem outros personagens (Melman, 2006).

Talvez a força deste tipo de acontecimento ajude a trazer a tona algo que estava encoberto pelo modo cotidiano e repetitivo das inter-relações. As festas colocam em xeque valores, percepções, princípios, as divisões de papel, o lugar de cada pessoa no funcionamento das instituições [...] Parece que nesses eventos as partes "loucas" das pessoas consideradas normais ganham expressão, enquanto as partes "sadias" dos chamados loucos são reforçadas. Festa é tempo de contradição e mudança (Melman, 2006, p.129).

Dos eventos esportivos, culturais e de lazer acompanhados em Trieste, destacamos o envolvimento por parte das pessoas, havendo um clima de proximidade e de respeito, independentemente das diferenças das pessoas, sejam elas expressas ou não por uma condição psíquica patológica.

Esse é o sentido para essas ações que se desenrolam no território. A miscigenação entre as pessoas, proporcionando a troca, a convivência, o reconhecimento, a diminuição dos estigmas, a inclusão social, a qual deve ser conquistada, conjuntamente, por meio dos demais instrumentos de trabalho, como as ações voltadas para a reinserção laboral.

Desse modo, festas e passeios não devem ser a tônica dos serviços, para que não se tornem atividades de entretenimento (Saraceno, 2001a). Avaliamos, tanto pelos discursos dos trabalhadores, quanto pela crônica do segundo grupo focal, que as atividades dessa natureza como um instrumento de trabalho tiveram pouca ênfase em comparação às demais ações analisadas.

As ações direcionadas à conquista de direitos sociais como a questão da moradia/habitação e dos benefícios sociais representam os últimos instrumentos de intervenção analisados nos discursos.

A cidadania é um processo aprendido, o qual se torna um estado de espírito que se enraíza na cultura. Inserida em um cotidiano implacável, a cidadania não basta ser um estado de espírito, nem mesmo uma declaração de intenções, ela se constitui de seu corpo e de seus limites sociais, políticos e jurídicos. Mas, para se constituir como fonte de direitos, a cidadania deve estar inscrita na própria letra das leis, por meio de dispositivos institucionais que devem assegurar as prerrogativas pactuadas e, quando as mesmas forem recusadas, o indivíduo ter o direito de reclamar e ser atendido (Santos, 2007).

A consagração da cidadania é representada pelo respeito ao indivíduo, sendo que “uma lista de princípios gerais e abstratos se impõe como um corpo de direitos concretos individualizados” (p. 19). Nem sempre os indivíduos são cidadãos no mesmo nível, há cidadanias e cidadanias e, nas classes diversas, há aqueles que são mais cidadãos, menos cidadãos e ainda os que nem mesmo o são (Santos, 2007).

O exercício da cidadania se dá pela conquista e fruição dos direitos civis, políticos e sociais.

Tais direitos representam a ideia de um poder político exercido de forma soberana e autônoma sobre um determinado território e um povo, conectados por intermédio de história e cultura comuns. Porém, somente quando a sociedade civil é capaz de realizar funções de agregação de interesses, do reconhecimento dos indivíduos e da sua inserção na esfera pública, é que se pode dizer da mediação entre indivíduo e Estado, pois só

“assim a cidadania deixa de ser um invólucro legal e passa a ser um exercício na vida social” (Fleury, 2004, p.13).

Desse modo, para que se alcance uma autonomia plena nas dimensões civis, políticas e sociais, nas situações concretas e reais de existência, é preciso o deslocamento de uma perspectiva formalista e, assim, atingir a realização cotidiana, a qual é possível apenas nos espaços públicos, lugar em que estão em jogo os interesses divergentes traduzidos em consensos relativos que devem ser expressos por meio de práticas concretas (Nogueira, Pires, 2004).

Considerando que a cidadania das pessoas com transtornos mentais passou a ser bandeira de luta a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, sobretudo a partir da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, podemos dizer que para essa população o processo de cidadania está sendo ainda aprendido.

Como dissemos anteriormente, a única Reabilitação Psicossocial possível se dá por meio da construção dos direitos substanciais de cidadania (Saraceno, 1999), os quais têm íntima relação com o uso do território.

Assim, promover a cidadania dos usuários dos serviços de saúde mental significa propor ações que inter-relacionam aspectos que estão para além da área da saúde, que caracterizam o acesso aos direitos sociais, como habitação, educação, trabalho e renda, entre outros.

Um dos eixos fundamentais da Reabilitação Psicossocial é o morar, o ocupar-se da casa (conquista concreta) e, sobretudo, o habitar (ativação de desejos e habilidades) das pessoas com transtornos mentais. O habitar como um “processo de transformação de espaço em lugar, de instituição residencial em habitat é o que deve dar sentido à prática reabilitativa” (Saraceno, 1999, p. 119).

Em nossa realidade, para o atendimento das necessidades de moradia das pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, como perspectivas, temos os Serviços Residenciais Terapêuticos, o apoio de familiares e da rede de saúde mental, sobretudo dos CAPS (Furtado et al., 2010).

Além disso, há também um apoio financeiro destinado à desinstitucionalização das pessoas em regime de internações psiquiátricas há mais de dois anos, o Programa de Volta Para Casa, Lei Federal 10.708/2003, que consiste num auxílio reabilitação mensal (Brasil, 2004b) para que o indivíduo volte a habitar na comunidade, seja a casa de sua família ou uma residência assistida.

Observa-se que, coerentemente com os princípios da Reabilitação Psicossocial e com a literatura, estão presentes nos discursos dos trabalhadores esforços direcionados para o eixo morar, tanto no sentido da construção concreta da casa, para a resolução desta primeira necessidade: um lugar para estar, quanto na perspectiva do habitar, ainda que de forma contraditória, como veremos adiante.

As intervenções direcionadas à moradia emergiram nas falas como um meio de intervenção no território, sendo discutido inicialmente a partir do caso em particular de uma usuária:

1T1¹¹⁹: A gente ajuda a construir casa...

1T5²¹⁰: Não dá pra gente pensar em ter uma estratégia com a [usuária] que a questão dela era a casa dela e ter uma outra estratégia, uma outra intervenção...

1T1¹²³: Os vizinhos tinham construído um cômodo pra ela muito ruim, a gente tentou colocar porta...

1T2¹²⁹: O pedreiro era um paciente daqui.

1T1¹³⁰: O primeiro que levantou e outro que tá dando continuidade também é paciente.

1T1¹³¹: A gente começou a construir um cômodo. Hoje tem lá um cômodo bem feitinho, com banheiro, a telha é a melhor da rua...

1T1¹³²: Uma época atrás devia muita água na SANASA, na época que tinha a antiga “casinha”, negociamos a água, tá vindo na conta todos os meses, então ela tem água, fizemos um muro, tá muito bem feitinho o muro, portão...

1T2¹³³: A próxima etapa agora é o poste da CPFL, o padrão da CPFL.

Nesse sentido, observa-se que houve alguns manejos por parte do serviço, como o envolvimento de outros atores do território, vizinhança, e a negociação com instituições para o fornecimento de recursos indispensáveis: água e energia elétrica.

Sendo que o cidadão é um indivíduo num lugar, é nesse lugar, seja qual for, que devem estar disponíveis os serviços essenciais. Assim, os serviços públicos não devem ser exclusividade dos indivíduos mais bem localizados (Santos, 2007), ainda que para isso seja necessária a intervenção dos trabalhadores do CAPS.

Outro aspecto relacionado aos direitos sociais da usuária também foi alvo de ação dos trabalhadores: a regularização para o recebimento do benefício Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e a administração desse dinheiro por parte do trabalhador, conforme indicam os trechos discursivos seguintes:

1T1¹²⁰: [A usuária] tinha o benefício do LOAS, mas nem tava recebendo porque tinha se perdido pelo caminho, e a gente começou a trabalhar com ela, a gente foi atrás dos documentos, a gente foi no INSS pra poder verificar quais são os direitos que ela tinha pra estar recebendo e ela também não tinha casa...

1T1¹²⁵: Quando a gente foi atrás do benefício [...] conversei com ela, perguntei, perguntei se ela dava essa autonomia pra eu, junto com ela, a gente começar a construir a casa dela, ajudar ela a construir, porque assim, quando chovia, ela queria ficar aqui o tempo todo, ela queria ficar no [CAPS], ela pedia leito no [outro CAPS]...

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), significa a garantia de um salário mínimo mensal, destinado às pessoas com algum tipo de deficiência ou idosos com mais de 67 anos de idade com quadros neurológicos ou psiquiátricos que apresentem grave perturbação da vida social e que estejam incapacitadas para a vida independente ou para o trabalho e de desempenhar as atividades da vida cotidiana. A aquisição desse tipo de benefício implica na curatela/tutela do indivíduo, o que acaba por contrariar os objetivos da cidadania, pois as pessoas com transtornos mentais renunciam aos seus direitos civis para obter acesso a um direito social (Rodrigues, Marinho, Amorim, 2010).

Assim, a interdição se revela uma contradição importante no campo dos direitos e constituiu-se pauta para discussão na IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial, no eixo Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial (Brasil, 2010a). De qualquer forma, as necessidades mais prementes dos indivíduos são supridas, como

esclarecem as falas acerca do caso em questão, com o uso do BPC/LOAS para a viabilização da moradia.

1T1¹²⁸: Então a gente começou a pensar em fazer alguma coisa pra ela, então aos pouquinhos a gente ia nos depósitos, comprava material, negociava com o pedreiro...

1T1¹³⁶: Compramos as coisas com o dinheirinho dela, compramos tudo as coisas dela, armário (...) fogão, cama, tudo com o dinheirinho dela, a gente vai negociando todos os meses e comprando...

1T1¹³⁷: À vista estamos comprando as coisas dela, hoje ela tem fogão, ela tem cama, ela tem armário...

Também se fazem presentes no discurso dos usuários as intervenções do CAPS voltadas para a garantia de outros direitos sociais, como o acompanhamento ao processo de aposentadoria, a retirada de documentos, a carteira para o uso do transporte público, ou ainda o papel de curador. Tais ações figuram nas falas dos usuários como forma de cuidado:

11U²⁴: Ajudaram eu aposentar, por isso que eu preferi aqui, aposentou eu a turma do CAPS.

2NU¹⁵: A aposentadoria ajudou muito também. Olha, a aposentadoria foi muito importante.

9U⁴: É bom, é tudo bom, eles são bons pra gente, a dona V. dá dinheiro pra gente, cuida bem da gente...

4U⁴³: Ah sim, se precisar eles vão na perícia...

8U¹⁷: Quem foi comigo uma vez no, tirar o passe, foi a [psicóloga] que foi tirar o passe, agora o documento foi, não sei quem foi eu esqueci quem foi tirar o documento comigo, o documento eu não sei quem foi não, eu esqueci... Eu tenho a carteira de identidade, tenho a identidade, tenho a reservista de quartel, tenho CPF...

2U¹⁹: A [técnica de enfermagem] tá cuidando do dinheiro da sua mãe, se não ela vai pega e viaja pra Minas e vai pra onde ela quiser e não aparece mais no CAPS, né?

Os discursos dos usuários indicam a importância das ações do CAPS voltadas para a garantia dos direitos sociais, por meio da aquisição de benefícios, destacando-o dos outros serviços de saúde mental.

Retomando o aspecto da moradia, observa-se ainda que o habitar, que podemos considerar como um aspecto subjetivo do morar, em que está

implicado o desenvolvimento de autonomia, dos desejos, da história de vida da pessoa, em acordo com a literatura, também apresenta relevância para a intervenção dos trabalhadores no caso da usuária em questão. Desse modo, os discursos apontam as ações em conjunto com a usuária no uso do benefício para a melhoria das condições de moradia, as negociações realizadas, bem como o respeito ao desejo de que a casa fosse levantada em um determinado ponto do bairro:

1T1¹²¹: Derrubou a casa dela, [...] então ela ficou sem lugar pra morar e na realidade ela queria aquele lugar, a gente até ofereceu outros lugares pra ela, mas ela queria aquele espaço...

1T1²¹³: Quantas vezes a gente foi pegar ela à noite deitada num pedacinho de coisa coberta, sem cobertor, sem nada, era no número cento e quinze, que ela queria ficar ali, era a relação que ela tinha do local, e outra eu achei importante uma época que ela falou sobre os filhos, que os filhos foram doados, então acho que dentro dela, a relação que ela tinha ali é que um dia...

1T1²¹⁵: Os filhos voltem para o mesmo local, isso foi, eu cheguei a entender numa conversa com ela, que assim, ela não falou pra mim claramente, mas o que eu entendi é que “um dia o meus filhos vão me encontrar aqui, então eu não posso sair daqui”.

No discurso dos trabalhadores, a intervenção realizada com a usuária apresentou como resultados favoráveis a sua estadia em casa e não no serviço e a reaproximação de um dos seus filhos, também usuário do CAPS:

1T1¹²⁷: Como ela [a usuária] era inteligente, ela tinha as saídas dela que ela queria ficar em algum lugar, então se ela não queria ir pra casa dela, ela passava mal no meio da rua, entre aspas, pra poder o SAMU trazer pra cá, mas o que ela queria, ela queria ficar aqui no [CAPS], perto do [outro CAPS] porque ela não tinha aonde dormir...

1T1¹⁴¹: Mas hoje, hoje a [usuária] não pede pra vir pro [CAPS], ela não pede pra ir pra outro lugar...

1T1¹³⁸: O filho que até então nunca tinha morado com ela, quando viu a casinha construída num cômodo, mas bem arrumadinho, ele quis ir morar com ela...

1T1¹³⁹: Hoje ele tá lá morando com a mãe, agora ele fala que vai ajudar juntar dinheiro porque ele quer construir outro cômodo pra poder ter um quarto...

A partir da experiência adquirida com este caso, o discurso aponta a intenção de realização da mesma forma de intervenção em outra situação semelhante:

1T2¹⁴⁴: E também é uma casa assim, todo mundo que chegava lá falava assim, em condições insalubres de viver, em condições insalubres de fazer qualquer coisa...

1T1¹⁴⁵: A gente tava pensando em fazer o mesmo projeto que a gente fez com ela, mas agora a gente (...) já conversou com a assistente social, eles vão estar vendo outro lugar pra ela estar morando...

Para diferentes necessidades, respostas singulares. A articulação do serviço de saúde mental com outras instituições presentes no território, em um trabalho intersetorial para a resolução das necessidades sociais dos usuários é imprescindível, o que confere ao CAPS o papel de ativar recursos e acionar os serviços sociais responsáveis pela demanda de habitação no município.

Outra forma de atendimento às necessidades de moradia se faz presente na frase temática em torno de pessoas com transtornos mentais que se encontram em situação de rua.

1T1¹⁶⁹: Aqui a gente tem moradores que acham, vem da rua, né? E a gente tem conseguido até voltar a descobrir a casa, família, trabalhar, ficar aqui até encontrar a família pra estar reportando pra casa deles.

O reencontro da família, a restituição de um lugar para estar, não garante o habitar esse espaço se as relações e a complexidade que impulsionaram a saída para a rua não forem trabalhados.

Para proceder à desinstitucionalização de egressos de longas internações, bem como para o atendimento dos moradores de rua com transtornos mentais severos, a casa (espaço físico) como um direito de cidadania é concedida por uma das políticas públicas, a Política Nacional de Saúde Mental, na forma de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

Na década de 1990, desenvolveram-se as primeiras experiências de moradia para as pessoas com transtornos mentais, egressas de longas internações e com rompimento dos laços familiares. Foram as cidades de Ribeirão Preto, Porto Alegre e Campinas as pioneiras no estabelecimento de serviços denominados lares abrigados, pensões protegidas, vilas terapêuticas, núcleos de convívio, moradias extra-hospitalares. A partir de 2000, com a portaria 106, essas experiências foram oficializadas pelo SUS, sendo estabelecidos o modo de operar, a estrutura básica e o financiamento, sob a denominação de SRT (Furtado et al., 2010).

A articulação dos CAPS com os SRT é uma das funções desse serviço (Brasil, 2004a). Assim, coerentemente com a política, os discursos apontam que a responsabilização do serviço pelos moradores do SRT é tida como uma forma de intervenção na comunidade.

1T4¹⁴⁶: Nessa linha, outra inserção nossa na comunidade é a própria moradia [SRT] (...) E tem quatro moradores atualmente.

1T2¹⁴⁷: É, fizemos uma conversa então a gente vai tentar trazer essa moradia pra mais próximo do CAPS, dentro da possibilidade que se vê, aqui na avenida, passa perto de uma área de maior movimento e com isso trazer, tem vaga, trazer mais moradores, ter mais recursos também...

8U⁵: Se não eles vão, fazem culinária, hoje era pra fazer culinária (...) Era pra elas fazer culinária hoje elas não foram lá em casa. (...) parece que de toda quarta feira diz que era pra ir, toda quarta-feira.

8U⁶: Elas fazem limpeza da gente, corta a unha da gente assim, manda a gente escovar o dente assim...

9U⁵: Elas ajudam a gente, nós somos em quatro...

9U⁶: O pessoal fez, no aniversário meu fizeram, no aniversário meu lá (...) em casa, foi bom. Ganhei relógio, ganhei presente...

Nas falas dos usuários, a ação do CAPS nos SRT é concebida tendo como objetivo exclusivamente a administração da medicação:

8U⁴: Eles vão, eles vão levar remédio lá [na Residência Terapêutica].

8U¹¹: É, lá na Residência fica trancado lá, e fora não, a gente não faz quase nada, só fica trancado lá, só vai levar o remédio, depois eles vão embora.

Deste modo, os discursos indicam a possibilidade de reprodução das lógicas manicomiais presentes na interação entre o CAPS e os Serviços Residenciais Terapêuticos: o estar trancado, o dentro-fora, o isolamento. Tal situação é passível ocorrer quando não há intervenções direcionadas para o habitar, mais do que o morar, pois a necessidade de moradia não se esgota com a aquisição de um lugar, é preciso trabalhar sobre o habitar, também enquanto um processo de formação da cidadania (Saraceno, 1999).

Os SRT não visam apenas à solução do problema de moradia, mas sim ao resgate, à criação de um espaço de reconstrução de laços afetivos e sociais, sobretudo para os indivíduos que tiveram uma experiência de institucionalização asilar. A desinstitucionalização, portanto, é a abertura de

um espaço de negociação para o usuário, a família e a comunidade, em que a ênfase está na função relacional, no aumento das capacidades contratuais, dos vínculos afetivos e sociais, da autonomia no cotidiano e do uso dos espaços em que habita: o território. Trata-se da reinvenção do cotidiano, na construção de um espaço que tenha não a denominação de SRT, mas sim de casa, um ponto de partida para o resgate da cidadania (Marcos, 2004). É essa a proposta de intervenção no cotidiano que se faz tão necessária quanto à solução do problema de moradia fora dos Hospitais Psiquiátricos. É este o sentido que deve ter o papel do CAPS junto aos usuários das moradias sob sua assistência, a fim de que não se reproduza o “estar” dos asilos psiquiátricos.

Apesar das ações empreendidas pelo serviço no que tange ao eixo morar, a fala que segue, denuncia outra contradição em relação ao papel desempenhado pelo CAPS:

1T4¹¹²: Uma usuária nossa aqui do CAPS e ela atualmente, ela tá morando aqui no CAPS e ela tem inserções no território muito interessantes...

A instituição asilar caracteriza-se por oferecer soluções simplificadas às demandas relacionadas à moradia e à existência no cotidiano das pessoas com transtornos mentais. Assim, a utilização de leitos como uma solução para os problemas sociais é uma indicação da presença de ações compatíveis com o modelo psiquiátrico tradicional. Em outras palavras: os leitos inseridos em uma estrutura de portas abertas não significam a mudança no funcionamento das novas instituições, por isso se faz necessário o esclarecimento acerca do conceito de asilo dentro da equipe, pois é fundamental para o rompimento com a ideia de internação como solução habitacional própria do modelo anterior (Guljor, 2003).

Nesse sentido, observa-se que o tema em torno do uso do leito no serviço territorial como alternativa de moradia é problemático e deve ser melhor discutido pela equipe como um todo. Foram concepções trazidas no grupo de forma bastante individualizada e principiante e isso representa uma contradição em relação ao que o serviço conseguiu realizar direcionando as ações para esse importante eixo da Reabilitação Psicossocial.

Avaliamos que o uso do leito, ainda que temporariamente, por usuários em situação de extrema vulnerabilidade social, no período em que se movem ações para a resolução dessa condição de moradia, é uma situação que pode se repetir em vários serviços substitutivos de nosso país. Devido às profundas desigualdades sociais, muitas pessoas estão submetidas a condições irregulares, precárias e desumanas de moradia nas grandes e médias cidades e sem a assistência de programas habitacionais dos municípios.

Considerando-se que a vida cotidiana de todos os homens se desenvolve em um mundo determinado, qualquer mudança tem reflexos na estrutura da vida cotidiana. Durante o seu crescimento o homem se adapta ao seu ambiente imediato e desenvolve suas capacidades conforme o local em que se encontra. A vida cotidiana está amplamente influenciada pelas transformações do conjunto de elementos políticos e econômicos e disso depende o homem particular, que pode ter aprendido de uma vez por todas a como se comportar na vida cotidiana ou avalia se deve começar de novo seu processo de aprendizagem (Heller, 1991).

Desse modo, as pessoas com ou sem transtornos mentais, particularmente em situação de vulnerabilidade social, têm o seu cotidiano fortemente influenciado pelo direcionamento de políticas públicas.

As políticas sociais representam um conjunto de intenções e gestos que revelam as contradições entre o capital e o trabalho e têm como função favorecer mecanismos para a contínua produção e reprodução da força de trabalho. Além disso, são formuladas com o intuito de enfrentar as contradições próprias do sistema de produção capitalista e atenuar os prejuízos produzidos para os indivíduos situados desigualmente na estrutura de produção. O Estado capitalista utiliza, assim, um conjunto de medidas para minimizar os conflitos entre as classes sociais (Silva, Barros, Oliveira, 2002).

A ausência de políticas sociais efetivas, direcionadas para uma população em situação de profundas desigualdades sociais, é denunciada nas frases como uma das grandes dificuldades do desenvolvimento do trabalho em saúde mental no território:

2T5⁵⁹: É política pública efetiva que a gente precisa, essa é uma grande dificuldade no território...

2T5⁵⁶: A gente vai discutir os casos e tem a questão da fome, tem a questão na verdade que é limite, que é, na verdade, políticas públicas...

2T5⁵⁷: Então é a fala do P3 mesmo, é políticas públicas, casa pros morador de rua, a questão da moradia, quantos usuários nossos, quantos? Aqui ó temos o [usuário] com a questão de moradia, que tem os familiares que moram em situações basicamente subumanas...

A condição de moradia dos usuários apontada nos discursos revela que esses usuários são indivíduos em condição de exclusão territorial como uma expressão das desigualdades sociais e de renda (Fleury, 2004). Assim, sendo o cidadão um indivíduo em um lugar (Santos, 2007), ao estar destituído de um espaço para habitar, o usuário, em situação de vulnerabilidade social, encontra-se na condição de não cidadão.

Observamos a presença nos discursos de frases que evidenciam os esforços dos trabalhadores para a construção/reconstrução de cidadania. Tal intento demanda o desenvolvimento de estratégias a fim de enfrentar no território situações que envolvem a negação de um dos direitos básicos dos seres humanos, um lugar para morar. Para isso, as relações intersetoriais e a denúncia dessas condições são as ferramentas primordiais no campo da saúde, pois é uma problemática que o transcende.

Em resumo, o processo de trabalho do CAPS campo deste estudo tem como finalidade o cuidado à pessoa com transtorno mental pautado pela liberdade e isso envolve os aspectos das relações sociais e dos direitos sociais.

Como objeto de trabalho, nos discursos observa-se que, coerentemente com a literatura acerca do cuidado no modo psicossocial, está o sujeito em relação e suas necessidades, sem um olhar centrado exclusivamente no aspecto clínico medicamentoso. Por outro lado, faz-se também presente a concepção em torno da pessoa com transtorno mental como sujeito inapto para o trabalho, representação consoante à cultura manicomial.

Os instrumentos utilizados no processo de trabalho do serviço territorial aparecem como outro tema apreendido nas falas. Nesse sentido,

buscamos identificar as ações consideradas territoriais para os trabalhadores de saúde mental.

Ações no território são todas aquelas que, ao ultrapassar os muros do serviço de saúde mental, são direcionadas para os três eixos da Reabilitação Psicossocial: o trabalho, a rede social e o habitar. Sendo assim, são as intervenções que tenham como proposta criar vínculos e fortalecer os laços sociais e aumentar a autonomia, por meio da articulação com os recursos do território, com a finalidade de produzir condições de inserção produtiva e a agregação da população em geral em um determinado espaço social.

Essa intencionalidade, ao ser compreendida como o principal papel do serviço de saúde mental no território, permite aos trabalhadores inventar, ousar e construir meios para agir onde for necessário, em busca do cuidado integral da pessoa acometida pelo transtorno mental.

Os instrumentos utilizados pelos trabalhadores em seu processo de trabalho no serviço territorial são: o apoio matricial em saúde mental, a atenção domiciliar, as oficinas em saúde mental e grupos externos, a mediação de trocas sociais e arbitragem de conflitos, os passeios e festas na comunidade, as ações direcionadas à busca de direitos sociais, como a moradia e os benefícios sociais.

Por meio do dispositivo do apoio matricial, os discursos sugerem que a relação com a atenção básica tem se estabelecido apresentando resultados positivos no que diz respeito à inserção dos trabalhadores no território, ao relacionamento com os ACS e médicos dos Centros de Saúde e à possibilidade de melhor atendimento clínico geral do usuário. Observou-se que dois dos princípios colocados pela política, na idealização do apoio matricial, vêm sendo possíveis de concretização na prática conjunta do CAPS com o Centro de Saúde, a intersetorialidade e a desinstitucionalização, compreendida como o olhar para o sujeito em uma situação de intenso sofrimento mental, para além dos sintomas de uma doença.

A atenção domiciliar é outro instrumento de trabalho no território. Nos discursos, as ações voltadas para esse tipo de cuidado foram

compreendidas como “transporte”, sendo que este é apenas um meio que possibilita a realização da intervenção no território. O que podemos ressaltar é a mobilização empreendida pelos trabalhadores para a conquista desse recurso, o qual garante o cuidado e a adesão do usuário ao serviço.

Ações em torno da atenção domiciliar com destaque nos discursos foram: a administração da medicação, que tem como perspectiva a redução de episódios de crise, o acompanhamento de atividades cotidianas, com a perspectiva de produção de autonomia no ambiente habitado, entre outros.

Oficinas em saúde mental são dispositivos que se constituem como facilitadores das trocas sociais e adquirem importância singular quando são direcionadas para a promoção da integração entre usuários e não usuários do serviço de saúde mental, ou seja, são realizadas no território, como a oficina de futebol, atividade física e de lazer, ou como a venda do pastel em eventos, fazendo circular a produção dos usuários, ou ainda a oficina na escola, potencializadora de modificações no imaginário social por meio do exercício diário da convivência.

A mediação de trocas sociais e a arbitragem de conflitos são ações realizadas com o objetivo da transformação de um olhar estigmatizante em visões compreensivas que busquem relações de solidariedade com a pessoa em situação de grave transtorno mental.

As festas na comunidade e reuniões fazem parte dessa estratégia. Além disso, os passeios ampliam os espaços de relacionamentos sociais dos usuários, sendo considerados, ainda que com pouco destaque, como formas de intervenção no território.

O morar e o habitar são alvos de atenção por parte dos trabalhadores do CAPS que direcionam esforços para a construção de casa, com o envolvimento dos moradores do território. Há também a busca de benefício social como direito para tal realização, a articulação com o serviço social do município, a responsabilização pela demanda do habitar no SRT, o reencontro de referências familiares dos usuários em situação momentânea de rua. Apesar dessas ações, condizentes com a literatura, observa-se como contradição a fala em torno da presença de usuária morando no serviço. Ainda que tal situação tenha como causa a deficiência das políticas públicas,

um importante empecilho do trabalho no território, faz-se necessária a atenção a esse aspecto, para que não se reproduza nos novos serviços um dos papéis da instituição psiquiátrica: ser lugar de estadia para o indivíduo como solução das demandas habitacionais.

Enfim, fazem-se presentes nos discursos ações direcionadas para os principais eixos da Reabilitação Psicossocial: o habitar, por meio dos esforços empreendidos que foram ilustrados nos casos relatados nos discursos e ações de cuidado domiciliar; o trabalho como valor social ao serem estabelecidas relações setoriais para a realização de oficinas geradoras de renda, sendo o CAPS um espaço de passagem; as trocas sociais representadas por inúmeras ações, como as próprias oficinas em saúde mental, a intervenção com a vizinhança, os passeios e as festas.

Consideramos que as intervenções no território relatadas nas falas confirmam as concepções anteriores em torno da finalidade e do objeto do processo de trabalho neste CAPS aqui descrito: o cuidar em liberdade e a produção dos direitos de cidadania, compreendendo o usuário como sujeito de direitos e de afetos, portanto, indivíduo imerso em um dado contexto social.

Nos Centros de Saúde Mental (CSM) triestinos, as ações no território compõem o cotidiano dos serviços. Em um dos CSM, havia uma sistematização diária de quais profissionais permaneciam na unidade, na função de acolhimento, e quais deles estariam em atividades no território. Esse tipo de organização, bem como a disponibilidade de recursos, como o carro dirigido pelo próprio trabalhador da saúde mental, são aspectos inquestionáveis de promoção das ações territoriais no processo de trabalho em saúde mental.

Apesar desses intensos diferenciais entre a realidade brasileira e italiana, o que podemos considerar é que, nas ações empreendidas pelos trabalhadores de saúde mental em nosso contexto, com todas as suas limitações em termos de recursos, faz-se presente a essência de um cuidado que busca romper com práticas intramuros.

4.4 COTIDIANO

“A vida cotidiana é a vida do homem inteiro”, o que quer dizer que todas as características da personalidade, da individualidade e as habilidades das pessoas são postas em funcionamento em todos os sentidos, ainda que nem todas as capacidades sejam utilizadas com toda a sua intensidade (Heller, 2004).

O fato de que o homem ao viver integralmente o seu cotidiano empenha simultaneamente todos os estratos de sua existência indica que mesmo nas situações de adoecimento não haverá um cotidiano que se constitua como apenas um “feixe de sintomas”, ainda que, aparentemente, a experiência cotidiana se mostre empobrecida. Assim, não se pode dizer que há uma incapacidade de formalização das necessidades existenciais dos indivíduos, o que significa que, no caso das pessoas com transtornos mentais severos, a experiência cotidiana “não cessa de exprimir o esforço trágico de reconstrução de seus mundos de vida, de auto-reconstrução como indivíduos plenos” (Goldberg, 1998, p. 176-7).

Os serviços de saúde mental podem representar na vida dos usuários justamente o auxílio necessário para o resgate das potencialidades e a integralidade do indivíduo, enfim, o apoio para a reconstrução do cotidiano.

Consideramos a potencialidade das ações territoriais, por parte dos CAPS, no processamento de transformações nos relacionamentos sociais estabelecidos para a ressignificação do cotidiano das pessoas que vivem a experiência do transtorno mental.

Desse modo, buscamos analisar o reflexo dessas intervenções nesse direcionamento, a partir da discussão dos temas que emergiram, sobretudo nos discursos dos moradores do território: processo saúde-doença mental, relação dos moradores do território com o serviço de saúde mental, os fazeres cotidianos e as relações sociais.

4.4.1 Processo saúde-doença mental

Sabe-se que a compreensão sobre a saúde e a doença determina a forma de tratamento e, historicamente, o processo saúde-doença adquiriu concepções que foram condizentes com a relação dialética dada pelas condições materiais e objetivas. No campo da saúde mental da mesma forma, a concepção de doença mental e o tratamento considerado mais adequado estão de acordo com o desenvolvimento político, social e econômico e do modo como a sociedade se organiza a partir deste contexto. A síntese alienista do século XVIII, caracterizada pela relação de poder médico, pela nosografia das doenças mentais e pelo lugar – o manicômio, produziu como forma de assistência o Tratamento Moral, o qual apresentou desdobramentos. A partir do século XIX, a busca pela causalidade biológica refletida moralmente ou no comportamento, além da busca pela localização física da doença como explicações para o processo saúde-doença mental é uma perspectiva que ainda se nota no pensamento psiquiátrico atual, não obstante todas as modificações engendradas na atenção em saúde mental (Aranha, Fonseca, 2003).

O modelo médico ou biomédico no campo da saúde mental ainda é hegemônico e é caracterizado por uma lógica linear de acordo com a qual as respostas são direcionadas a uma determinada causa da doença mental; individualista, pois a doença é determinada pela ausência de recursos pessoais e os tratamentos são direcionados ao indivíduo exclusivamente; e a-histórica, pois desconsidera os demais fatores com os quais o indivíduo se relaciona, tais como os campos social, cultural, econômico, político. O transtorno mental, nessa perspectiva, é simplificado e obtém respostas às demandas que na verdade são complexas (Saraceno, 1998).

O movimento da luta antimanicomial propôs o entendimento do processo saúde-doença mental de modo oposto ao modelo médico, aproximando-se da teoria da determinação social das doenças, pois considera que a qualidade e os modos de vida conjugam determinantes para a compreensão do indivíduo, não ignorando a “importância fundamental [de]

vincular o conceito de saúde ao exercício da cidadania, respeitando-se as diferenças e as diversidades” (Brasil, 1994, p.6). Esta é a compreensão adotada nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A vivência de um transtorno mental é bastante singular para cada indivíduo e a concepção acerca do adoecimento, do tratamento, a visão sobre si mesmo e sobre os outros reflete uma determinada posição em consonância ou não com o modelo de atenção ao qual a pessoa com transtorno mental está submetida.

No modelo de atenção do modo psicossocial, a compreensão e o posicionamento da pessoa acerca do seu processo de saúde-doença mental é relevante ao considerarmos que, a partir disso, a participação em seu próprio processo de tratamento é fundamental e imprescindível.

Passar a se reconhecer não apenas como um sujeito que sofre, mas também como um agente das possibilidades de mudanças, implica em um reposicionamento. Essa implicação subjetiva representa uma inversão dos modos de cuidado na perspectiva psicossocial, em comparação com o tratamento no modo asilar (Costa-Rosa, 2000).

Assim, buscamos analisar e compreender a argumentação dos colaboradores desta pesquisa acerca do processo de saúde-doença mental como uma das temáticas reveladas nos discursos.

A concepção de doença mental e algumas causas, o desconhecimento da doença anteriormente ao tratamento no CAPS e o aprendizado para lidar com a doença, o reconhecimento dos sintomas e das melhorias, o esclarecimento do diagnóstico e a conscientização da necessidade da medicação foram os principais subtemas que emergiram nas falas dos usuários. Já nos discursos de não usuários do CAPS, a percepção do comportamento dos usuários e concepções acerca da pessoa com a doença mental, foram aspectos em destaque quanto ao tema processo saúde-doença mental.

A etiologia dos transtornos mentais nos discursos das pessoas que vivenciam essa experiência tem como base os fatores psicossociais e a doença se apresenta como sofrimento em decorrência de outros

sofrimentos, como as perdas e as mudanças na vida vividas sem elaboração (Gentile, Pereira, 2005).

Da mesma forma, constatamos nas falas dos usuários que as causas atribuídas ao transtorno mental em si ou às crises foram situações de sofrimento físico (doença física) e emocional (perda de parentes) que levaram a estados de ansiedade ou tristeza:

4U¹: Há doze anos é que eu sofro já, antes era só espondilite equiloizante [...] e aí como a dor é muito e frequente, aí veio a me trazer esse transtorno bipolar que eu hoje eu sinto muita dor e por essa razão é, eu me sinto assim um pouco sem razão de viver, né?

4U¹⁹: Foram pesquisar porque veio esse transtorno bipolar se eu não tenho nada (...) ninguém é doente mental lá em casa, então eles estudaram pra ver e aí a reumatologista descobriu que era muita dor na minha bacia.

5U⁴: Internei porque com o falecimento da mãe, perdeu uma irmã também (...) faz dois anos isso, daí deu crise nervosa fui internada no Novo Tempo, dois meses...

Como dissemos anteriormente, a causalidade de uma doença mental é multifatorial, envolve os aspectos genéticos - porém não são apenas os riscos hereditários que determinam o transtorno mental, pois está associado a fatores de riscos ambientais e sociais, como a disfunção familiar e as condições sociais desfavoráveis. Comumente observamos que as pessoas compreendem um fato isolado como a causa da doença, quando este último é apenas um fator desencadeante de uma crise. Essa é uma visão reducionista da doença, pois estabelece a relação direta entre uma causa e o seu efeito.

A doença mental é representada como uma inabilidade, uma incapacidade no trecho que segue:

4U⁷¹: Uma doença de cabeça, é o que que é, é um pouquinho de falta de capacidade, mas só que se você encontrar uma pessoa que dá um apoio assim, não que te empurre, que pegue a mão e fique ali te aguardando, entendeu? Se você esticar você pega, se você não esticar também eles não te atrapalha, é aqui, aqui eu aprendi isso...

O significado de doença mental atribuído no discurso é o de desabilitação, que corresponde à perda ou limitação de capacidades operativas (Saraceno, 1999), a qual demanda um auxílio traduzido na simples presença de um cuidado desejado, não invasivo e não imposto.

Nessa perspectiva, está presente também a concepção de que o usuário exerce o papel de protagonista em seu processo de tratamento. Observamos que o cuidado deve estar permeado pela disponibilidade, pelo respeito com a pessoa com transtorno mental e pela sua participação.

A visão do transtorno mental como uma doença intermitente é revelada conjuntamente nas falas de usuários e não usuários:

1U³¹: Sabe, mas não é uma enfermidade como um braço quebrado, que você vai lá, você conserta o braço, e do braço, da mão, que não vem sempre, um dia você tá legal, outro dia você, sabe...

5NU¹⁴: Tem pessoas que nem parecem que têm problema, porque você sabe que muitas pessoas que têm problemas psicológicos não é constantemente.

A concepção de transtorno mental como intermitência entre o sofrimento e o não sofrimento é dada por Saraceno (1998), que ressalta a importância de um cuidado, ou uma clínica, que permita o intercâmbio com as outras pessoas nos momentos de sofrimento e possibilite ao sujeito, na experimentação da intermitência de seu sofrimento, a produção de valor social.

É evidenciado pelas falas seguintes que a doença, ainda que pareça desaparecer, como nos momentos de intermitência do sofrimento, precisa de tratamento constante, como qualquer tipo de disfunção orgânica:

1U²⁵: Eu não sabia te dizer o que é que era isso aí, poxa falavam “o cara é louco”, “o cara é doido”, eu achava que eu era doido de verdade, doido, não, eu tenho uma enfermidade que eu necessito cuidar dela normalmente como eu preciso comer comida, como todo muito precisa comer.

1U²⁹: Sabe, a minha mãe toma remédio de pressão, o meu pai toma remédio de num sei do quê, um vizinho toma remédio, e eu tomo meu remédio normal também, normalmente.

4U⁸⁶: Eu sou dependente químico agora, sabe, tem gente que é dependente, usuário de droga, de bebida alcoólica, eu não, eu sou dependente (...) da medicação, sabe, não uso drogas, não bebo...

O transtorno mental é compreendido no discurso como qualquer outro tipo de doença que necessita de cuidado, assim naturaliza-se o uso da medicação, que passa a ser incorporado como parte das necessidades cotidianas e adquire o significado de um cuidado consigo tão importante quanto a alimentação e torna o usuário dependente da mesma.

Mundialmente, na década de 1950, o tratamento em saúde mental foi caracterizado pelo desenvolvimento dos psicotrópicos, inicialmente com o uso do lítio (1949) para os casos de transtorno bipolar do humor e, posteriormente (1951), foi testado o primeiro antipsicótico, a clorpromazina (Musse, 2006).

Atribui-se à psicofarmacologia um papel importante no processo de desinstitucionalização ao permitir que as pessoas com longo histórico de internação passassem a viver na comunidade. Ainda, os psicotrópicos contribuíram para a humanização do cuidado com a substituição de práticas invasivas. E, por fim, considera-se que a perspectiva biomédica também contribuiu para a redução do estigma, colocando a doença mental como “uma doença como as outras” (Del Barrio, Perron, Ouellette, 2008).

Assim, a concepção biomédica dos transtornos mentais passou a dominar o campo da saúde mental de modo quase hegemônico. No entanto, a eficácia dos psicotrópicos no cuidado dos transtornos mentais é limitada e, apesar de importante, o uso da medicação de forma contínua pode ser bastante negativo. Nesse sentido, os limites, os impactos e as contradições da abordagem farmacológica são debatidos e pesquisados há muitos anos, como no Québec, em que os movimentos de defesa dos usuários de serviços de saúde mental questionam as práticas atuais, transformando-as em objeto de discussão (Del Barrio, Perron, Ouellette, 2008).

Assim, observamos que os discursos dos usuários reproduzem o pensamento hegemônico, biomédico, quando somente este aspecto é tomado como significativo perante o leque de intervenções oferecidas no serviço:

6U¹: É legal, bom, bom, tudo bom, acompanhamento médico, tudo, bom.

10U¹: Pra mim é ótimo. (...) Pra mim é... os remédios que eu tomo, né?

5U²: Eu acho que é melhor, né? O tempo, tem almoço, tem a medicação, né?

3U¹: Eu acho bom, que eles me tratam bem, dá o remédio certo, a injeção, porque eu tomo três comprimidos do Zypressa, depois duas ampolas uma vez por mês de Haldol.

8U³: Pego o remédio e vou embora, pego o remédio e vou embora só.

Por um lado, isso se torna problemático, considerando que a medicação psiquiátrica é um recurso, um meio e não a solução para todas as questões vivenciadas pelas pessoas com transtornos mentais. E, por outro, a clareza sobre a medicação como recurso é essencial para o cuidado no campo da saúde mental, sendo necessário, então, um equilíbrio.

Os psicofármacos no contexto das instituições psiquiátricas representam um meio de trabalho e também de comunicação importante, um instrumento para acompanhar e compreender a evolução dos conhecimentos acerca dos transtornos mentais, considerando a história do indivíduo, seu ambiente social e assistencial e, ainda, são instrumentos de facilitação das relações sociais, contudo podem também se constituírem como o pior obstáculo nessas mesmas relações (Saraceno, Asioló, Tognoni, 1997).

A tomada de consciência e responsabilização do usuário pelo seu tratamento não é um processo dado naturalmente, mas é uma construção que depende das condições de cada indivíduo, das experiências anteriores com as medicações (efeitos colaterais) e da forma como ele é estimulado a isso. Podemos verificar, pelos discursos, que o apoio por parte do serviço foi fundamental nesse processo:

1U³⁹: Não tomo esse remédio aí e é complicado, mas, graças a Deus, estou me saindo bem, com a ajuda deles eu estou me saindo bem.

1U⁴⁴: Às vezes, tem que tomar dois remédios pra ver se você fica legal, então você procura sempre antes de ficar mal, sempre tomar: “ah, não tô me sentindo legal, eu vim, não tô me sentindo legal, posso tomar dois remédios desse daqui?”, “mas faz o seguinte, você toma um e meio pra ver”.

A relação entre o profissional e o usuário pode ser classificada no modelo compartilhado de cuidado, em que ambos decidem as ações a serem tomadas. São, desse modo, parceiros no tratamento e adotam a postura de negociadores, o que resulta positivamente na predisposição dos usuários de continuarem o tratamento medicamentoso ou o plano de tratamento (Thornicroft, Tansella, 2010).

Nesse sentido, cabe aos programas de formação, como as residências médicas e os cursos de psicofarmacologia, o estímulo à ideia de negociação da dose, de escuta do usuário na decisão do tratamento, a fim

de que ele assuma a responsabilidade na construção terapêutica. Para tanto, a postura dos trabalhadores médicos a ser adotada é a de apoiadores dos usuários e “não como detentores do conhecimento e decisões sobre a vida dos outros” (Santos, 2009, p. 71).

A clareza sobre a necessidade da medicação aponta nos discursos resultados positivos como, por exemplo, a diminuição das situações de crises:

5U⁵: De lá pra cá não deu [crise] mais graças a Deus, né? Tomo os remédios direitinho pra não dar mais, né?

O uso da medicação psicotrópica de forma ininterrupta, como recurso preventivo de reincidências das crises, é alvo de medidas de acompanhamento mais direto e intensivo, como verificamos no capítulo anterior, acerca do cuidado domiciliar. Alguns estudos apontam práticas para a garantia do respeito às prescrições e o uso regular da medicação, como nos EUA, que vai desde a distribuição domiciliar até o pagamento para que o usuário consuma a sua medicação (Del Barrio, Perron, Ouellette, 2008).

No entanto, o tratamento medicamentoso, quanto à sua eficácia preventiva ou profilática, tem a característica de ser provável e não certa, ou seja, não há uma previsão de que todos os pacientes que recebem o tratamento terão os benefícios esperados e não se sabe o motivo porque alguns pacientes não apresentam proveito da terapia prescrita (Saraceno, Asiolo, Tognoni, 1997).

Mesmo assim, os momentos em que ocorre um determinado equilíbrio psíquico, com o controle das manifestações sintomáticas, são representados nas falas não como significado de cura do transtorno mental e expressam mais uma forma de conscientização da importância do tratamento medicamentoso:

4U³³: Eu tô achando que eu tô bem, já não tomo mais os remédios e tô curado, não tá curado “fia”, olha começa com transtorno bipolar e é sério, é sério, ele causa sequela, ele causa sequelas.

1U³⁰: É um problema complicado, sabe? Às vezes você está em uma situação que você, você não quer isso pra você, eu até perguntei esses dias, mas vou ficar o resto da vida assim, dessa maneira aí? Bom, eu compreendo que eu vou ter que viver na Terra tomando esse remédio...

Como pode ser notado nas falas acima, está presente a ideia dos transtornos mentais como doença sem cura e a aceitação deste fato está relacionada à necessidade do uso da medicação.

A ideia de cura está relacionada com a ideia de cessamento de sintomas, de mudança radical no curso de uma enfermidade, com a eliminação de suas raízes de forma cientificamente comprovada. No campo da psiquiatria, desde a descoberta dos neurotransmissores, este é um dos temas que mais se desenvolve na pesquisa clínica experimental, com a esperança de que seja encontrada uma carência ou um transtorno funcional específico de uma substância que possa ser controlada por um medicamento substituto, coadjuvante ou antagonista. No momento, ainda não é possível prever, mesmo a médio prazo, uma resposta positiva das investigações (Saraceno, Asiollo, Tognoni, 1997).

A cura nos transtornos mentais deve significar a conquista de uma autonomia possível, do estabelecimento de redes sociais em que esse indivíduo possa estar incluído, de uma conscientização sobre si e sua história, para que possa “caminhar a vida”. Essa é a noção de curabilidade que desejamos ver permeada no imaginário social, a qual permite a convivência com a diferença, no território, e não a sua eliminação ou negação, como no espaço asilar.

Compreendemos, com base na experiência da desinstitucionalização italiana, que sendo a “loucura” parte da condição humana, a finalidade do processo de Reabilitação Psicossocial não é a cura e sim a emancipação da pessoa, o exercício da contratualidade, os quais nos obrigam direcionar o olhar para as necessidades de ordem social, cultural e econômica e não somente para os sintomas e os recursos medicamentosos para eliminá-los.

Desse modo, os discursos sinalizam o fato de que, ainda que seja dada a devida importância ao tratamento medicamentoso, outros aspectos são igualmente importantes no cuidado em saúde mental:

1U³⁶: Eu não sabia o que era, nem o que falar e nem como resolver, eu sabia tomar o remédio e acabou...

1U⁴³: O povo precisa realmente de viver melhor, porque muitas pessoas que não descobriram ainda como viver bem (...) Que tem essa mesma doença minha, o

mesmo problema, toma o mesmo remédio e não sabe viver bem, sabe, e eu descobri isso aí através da ajuda do CAPS.

2U¹²: A minha mãe ela pega o remédio e vai embora não atende nem com a minha mãe, não participa nem do grupo, nada, só pega o remédio e vai embora, vem almoçar, comer aqui e vai embora, né? Não pode, tem que seguir o tratamento, né?

Para além do uso do medicamento, apresenta relevância nos discursos dos usuários o aprendizado da doença, o que inclui o esclarecimento do diagnóstico, o entendimento do comportamento, das dificuldades quanto à comunicação interpessoal e às reações de “nervosismo”, enfim se faz necessária a compreensão acerca do transtorno mental para que se possa lidar com essa vivência.

A revelação do diagnóstico em qualquer tipo de patologia é um momento difícil e no caso de um transtorno mental, igualmente, não é simples,

4U⁷⁰: É a mesma coisa que você não tá esperando que vem a ser, que nem eu já falei pra você, você recebe um presente, você leva aquele choque, é a mesma coisa um transtorno bipolar...

5U²³: Não, eu soube [do diagnóstico] assim, até na brincadeira (riso), a gente tava no grupo, daí a enfermeira falou (...) “é psicose”, eu falei “do filme?” (risos), daí não influenciou em nada não.

No entanto, algumas frases temáticas sinalizam contradições entre os discursos, visto que o esclarecimento da doença trouxe algum grau de contribuição para a compreensão do comportamento:

5U¹⁸: Talvez era eu que, porque a minha, fiquei sabendo no grupo que a minha doença é a psicose, né? Psicose que fala, né?

5U³⁴: É, ah, a cabeça não ajudava bem, não, via coisa, mas era minha cabeça que punha coisa fora do comum, né?

Consequentemente, a compreensão da doença e, em algum grau, a sua aceitação, apresentam-se nos discursos:

1U¹⁴: Eu via essa doença como uma coisa que, sabe, não tem jeito, eu vou, já era, acabou tudo, não, mas todas as pessoas têm um problema que precisa de ser tratado, e o meu hoje eu tenho essa consciência de que eu não posso ficar sem esse remédio para que eu viva melhor.

1U²⁸: Vou ser sincero pra você, eu tô vivendo com uma enfermidade que você sabe que é um CID 20, é doente mental com esquizofrenia, eu tenho essa enfermidade e

tô aprendendo a conviver com ela e vivo maravilhosamente bem, agora eu vivo maravilhosamente bem porque eu não sabia o que era isso.

Por outro lado, a falta de informações no processo inicial do adoecimento, nas situações de crise, associada à sua negação, acarreta um agravamento do quadro.

2NU²: Ele [o usuário] era muito mais nervoso, sabe? (...) ele tinha umas crises, ele começou assim, umas crises que dava, ele teve uma crise muito esquisita, mas, é até difícil dá gente explicar essa crise que dava nele quando ele começou isso...

2NU⁴: Ah, ele ficou um ano dando essas crises, eu não queria dar remédio psiquiátrico pra ele, ver se ele maneirava, mas não teve jeito, aí então eu vi que ele ficou muito ruim, eu precisei internar, não, eu precisei chamar o SAMU...

Devido às dificuldades relacionadas, muitas vezes ao pouco conhecimento do que seja o transtorno mental, aliado ao estigma e, muitas vezes, ao auto-estigma, o tratamento é iniciado tardiamente. A intervenção precoce dos quadros psicóticos tem tido interesse crescente e o foco das pesquisas refere-se ao aparecimento dos primeiros sintomas e ao início do contato com os serviços e há evidências de que o aumento na duração da psicose não tratada indica prognósticos ruins nesse tipo de transtorno (Thornicroft, Tansela, 2008).

Podemos constatar nos discursos as referências ao fato de que o esclarecimento do diagnóstico e a necessidade de cuidado, o que inclui o tratamento medicamentoso, apresentam-se benéficos para os usuários. Assim, são reconhecidas mudanças que foram avaliadas como positivas, tais como a diminuição ou a ausência de crises, a diminuição da dosagem da medicação, as alterações do comportamento resultantes da diminuição de sintomas; esses são alguns aspectos presentes nas falas de usuários e não usuários do serviço de saúde mental:

2NU¹⁶: Sabe, ele é mais obediente com a gente, ele é mais calmo com a gente, muitas coisas, ele não era assim não, agressivo sabe, era mais agressivo...

4NU¹⁰: Vira e mexe ela tá aqui conversando com a minha esposa, fala que mudou bastante que já não tá tomando tanto a medicação como tomava antes, que ela tem depressão...

5U³⁶: Eu sei que o CAPS mudou muito a minha vida, né? Mudou, porque é outra coisa, né? Sobre a internação, sobre os medicamentos, tomava, ah vamos falar do

medicamento (...) Eu tomava oito comprimidos a dez (...) tomo três à noite (...) diminuiu bem, daí dá pra fazer as coisinhas direitinho.

10U²: Ah, de quatro anos pra cá eu melhorei muito que eu tava com problema de... sei lá... era um problema que eu tinha e eu não podia, eu não tava dormindo, né? Agora eu durmo muito bem...

2NU¹¹: Aquelas crises não deu mais não (...) quando ele tava lá no Cândido Ferreira, antes dele vir aqui...

Constatamos assim que os discursos dos trabalhadores acerca do cuidado no CAPS no que tange à diminuição da quantidade da medicação e das crises são coerentes com as falas dos moradores do território.

A relação estabelecida entre o usuário e o serviço de saúde mental interfere no processo saúde-doença mental. Nos discursos dos usuários, mas também de não usuário, são expressas as concepções acerca do serviço territorial, em que se fazem presentes comparações com o hospital psiquiátrico.

4.4.2 Os moradores do território e o CAPS

Do percurso institucional dos usuários entrevistados, em sua grande maioria com longo histórico de adoecimento, faz parte o Hospital Psiquiátrico, visto que a implantação do CAPS, campo desta pesquisa, tinha pouco mais de cinco anos à época da coleta dos dados, o que reflete também a recente expansão desses serviços pelo país. Assim, além do Hospital, os usuários passaram por ambulatório de saúde mental, abrigos para moradores de rua e também serviço prisional, conforme as falas:

1U⁶: Eu faço tratamento há doze anos, antigamente não tinha CAPS, então você ia direto pro Cândido Ferreira ou pra um outro manicômio no caso.

5U²¹: Nossa, minha história é comprida, tive internada em várias clínicas particulares (...) várias clínicas, a mãe pagava, a finada mãe pagava porque ela pensava... Não sei, ela pagava, tinha muita história de fugir, de fugir das clínicas...

2NU⁵: Lá ele ficou no Tiberiça [hospital psiquiátrico], ficou quase dois meses, depois ele quis sair, não gostou lá do sistema deles lá, sei lá eu e saiu.

2NU⁸: Ele ficou uma temporada lá, mas uma médica muito boa, [nome], mas muito boa, ele tava se dando bem com o tratamento da [médica], mas era, ela saiu, né? Aí também enviaram ele pra cá, e tá no CAPS até hoje.

9U¹⁰: Fiquei três anos preso e (...) três anos na rua, fiquei três anos na rua.

10U¹³: Fiquei mais de quatro meses internado já. (...) Quatro meses sem sair na rua.

Os usuários tiveram a experiência de institucionalização e isso explica a comparação entre Hospital Psiquiátrico e CAPS observada nos discursos. Mas também se nota esta comparação nos discursos de não usuários do serviço.

As frases temáticas desvelam, em relação ao hospital psiquiátrico, a ausência de liberdade e de escuta, o agravamento ou a dificuldade para a remissão de crises e o uso da eletroconvulsoterapia, o fortalecimento de estigmas, a desvalorização da atividade do usuário, a impossibilidade dos afazeres diários, entre outros:

6U⁴: É diferente, lá [no hospital psiquiátrico] é igual cadeia, lá ninguém via a rua, ninguém via a rua, ninguém enxergava a rua, falava que lá era cadeia, era muito ruim. No CAPS a gente fica livre, fica livre....

6U³: Fiquei dois meses internado, tava ficando mais ruim, pior, ficando mais ruim.

1NU¹⁶: A única coisa que eu quero é aplaudir a mudança de tratamento mental, porque antes era o tratamento de choque, era tratamentos... ahm... grotescos mesmo, né, que levavam o alcoólatra a continuar a ser alcoólatra, levava o drogado a continuar sendo drogado e atualmente não...

5U²⁶: Eu não podia sair, né? (...) Eu ficava um ano e meio internada pra poder ficar como agora (...) conversando, trabalhando, saindo de casa pegando ônibus, indo na cidade...

4U⁴⁰: Fica meio que pesado eu acho, Universidade, Hospital Universitário, ele tá internado no Hospital Psiquiátrico, aqui não, aqui é uma casa de apoio...

2NU¹⁷: Ele trabalhava na lavoura, eu não sei se tinha que ser daquele jeito lá ou não sei... elas desfaziam muito do serviço dele, nunca tava bom, sempre dava nota baixa, lá era por nota, você me entende? Recebia uma nota que era nota A, B, C, D e às vezes até zero, teve um mês que ele tirou até zero... (...) Isso não foi bom pra ele de jeito nenhum.

9U¹²: Não tinha cigarro, não tinha nada... (...) ficava preso, não andava no pátio, não tinha, ficava cheio de gente... até mulher misturado no meio...

4U⁸: Você tem com quem se abrir e já no hospital, se não fosse o CAPS, por exemplo, que nem no Cândido Ferreira, nós já não conseguiríamos fazer isso porque é muita gente pra um lugar só.

5U³: Como eu tive internada em Indaiatuba, Santo André, várias clínicas, quando a mãe era viva, eu tinha crises nervosas fortes, fui internada, né? E agora não tem mais aquelas internação, (...) foi bom o CAPS, né?

1U¹⁸: Hoje eu faço tudo, né? (...) Eu jogo bola, eu arrumo a casa, eu levo meu filho pro colégio, uma coisa que eu nunca fiz, até porque eu tava sendo tratado, porque lá o tratamento é diferente na unidade de internos lá que fica internado.

O Hospital Psiquiátrico é classificado como uma instituição total, definida como um local, de trabalho ou residencial, em que as pessoas, em grande número, encontram-se em situação semelhante, estão afastadas da sociedade mais ampla por um período de tempo considerável e tem uma vida reclusa e formalmente administrada.

Além disso, outra característica desses lugares é o fato de que rompem com as barreiras que comumente separam três esferas da vida na sociedade moderna: o trabalho, o descanso e o lazer em diferentes espaços e com diferentes co-participantes. Desse modo, todas as atividades diárias do indivíduo são realizadas na companhia de muitas pessoas, em horários predeterminados, sob um sistema de regras (Goffman, 2003).

Assim, observamos que as falas destacam os aspectos próprios das instituições totais: o agrupamento de várias pessoas, o que tem como consequência a falta de singularização do indivíduo para que o mesmo seja ouvido em suas necessidades, as quais são generalizadas. Há também as restrições da liberdade e das trocas sociais.

Tais características apresentam como consequência a institucionalização, ou seja, a pessoa arbitrariamente é inserida num espaço “construído para um aniquilamento completo de sua individualidade, como lugar de sua total objetificação” (Basaglia, 2005b, p. 24), é transformada em objeto pela sua doença e pelas regras e ritmos do internamento.

Ainda que não se tenha o clima dos espaços completamente fechados, como dos manicômios, consideramos que, mesmo o mais moderno hospital psiquiátrico, viola o projeto individual, pois, além dos limites impostos pela doença, promove a submissão da pessoa a esta

mortificação da subjetividade inerente ao sistema psiquiátrico pautado pela institucionalização (Basaglia, 2005b).

Dado a esse processo de destruição individual daqueles que já se apresentam psiquicamente frágeis, ocorre o aumento de sua vulnerabilidade, o que dificulta a remissão de crises ou agrava-as. Assim, o caráter iatrogênico ou pouco resolutivo dessas instituições é revelado nos discursos.

E quanto ao tratamento no CAPS, a conquista de direitos sociais como o benefício previdenciário, a socialização e a liberdade, a facilidade de acesso ao tratamento no serviço comunitário, são aspectos identificados nas falas como diferenciadores do hospital psiquiátrico:

11U²³: Aqui foi bom porque eles aposentaram eu.

1NU¹⁷: O tratamento do CAPS é um tratamento aberto, então não se isola o paciente, mas deixa ele socializado.

11U²²: Ah é melhor, é melhor, mais perto pra mim do que ter que ir lá naquela lonjura, lá no Cândido Ferreira, é muito longe...

11U³: Aqui é melhor que lá, que nos outros hospitais, um pouco melhor.

1U¹⁹: Aqui é uma vez, você vem pra cá, fica internado, não é internado isso aqui e lá já é diferente, o tratamento é diferente, do Cândido Ferreira pra cá é diferente, entendeu?

Ao contrário do Hospital Psiquiátrico em que há barreiras para o intercâmbio social, pois pauta-se pelo isolamento como forma de tratamento, o CAPS busca justamente as possibilidades de socialização, de encontro e de trocas, constituindo-se assim uma diferença substancial entre os serviços. Considera-se que, por essa razão, a internação no CAPS adquire um caráter diferenciado nos discursos.

Nesse momento do processo da Reforma Psiquiátrica em que há a coexistência do hospital psiquiátrico e o serviço territorial na rede de atenção à saúde mental e, ainda, a presença da lógica manicomial permeando as ações nos CAPS, observa-se pelos discursos que a proposta idealizada de um cuidado em liberdade, com as ações no território e o respeito ao usuário, aos poucos se concretiza. Desse modo, a diferença relatada entre os dois dispositivos significa o processamento dessa mudança.

A percepção do cuidado no CAPS, presente nos discursos dos usuários, envolve as atividades internas e externas ao ambiente do serviço. Discutimos anteriormente os instrumentos de intervenção no território apontados pelos usuários, como as visitas domiciliares e a aquisição dos benefícios. Porém, outras formas de intervenção interna ao ambiente do CAPS são destacadas nas falas:

4U³: O meu conforto é aqui no CAPS que eu tenho terapia, que eu tenho grupo familiar, tem as TOs, tem as, tem as psicólogas, tem o jogo de futebol, que alivia um pouco as dores, né?

11U²⁰: É um pouco melhor, nós assiste televisão aqui também, assiste filme, DVD, tem filme, DVD pra assistir.

Outras atividades internas ao espaço do CAPS, diferenciando-se daquelas que usam o território, são apontadas nos discursos dos usuários: as oficinas artesanais (tricô, bordado, pintura), a oficina de culinária e grupos:

7U⁷: Eu faço as coisas que eu gosto, tenho atividade, muito bom, eu gosto de artesanato, é, pintura quando tem, estamos em falta aí de... é... tela, né? Porque eu gosto de pintar, mas se eu pedir elas também deixa...

7U²⁴: E eu tô gostando também da, tem a, de terça, bordado, fazer, nós estamos fazendo almofada e eu tô aprendendo e eu tô gostando de aprender a fazer biquinho de crochê, tudo isso.

7U²⁵: Tem, eu acho que a atividade ajuda o paciente a melhorar, que nem dizem que a cabeça, a mente vazia, oficina do diabo (riso), aí credo, falar uma coisa dessa, mas é bom, é verdade.

11U¹⁵: Eu gosto da culinária, a culinária é bom.

8U1: Toda terça-feira eu venho, mas tem terça-feira que eu venho por causa da reunião, é de quinze em quinze dias a reunião.

8U12: Daqui de grupo não, participo só da reunião, tem uma reunião.

4U⁴⁶: Estando aqui, por exemplo, você tem condições de sair, você tem condições de ir na cidade, agora se o paciente desse fica em casa só...

8U¹⁰: Acho que pra mim é tudo bom, que dá pra passear um pouco serve, né? A gente só fica trancado dentro lá em casa, só fica trancado dentro de casa...

As atividades adquirem importância, pois propiciam a realização de trocas sociais possíveis e rompem com a monotonia do cotidiano

representado pelo estar sempre em casa, e não apenas distraem, mas adquirem importância por promoverem condições da retomada de ação no mundo, visto que, excluídos do processo produtivo e perante muitas vezes a escassez de laços sociais, encontram tal possibilidade no serviço (Soares, Toyoko, 2006).

Faz-se presente também nas falas a concepção de ocupação, própria do senso comum, ou seja, o ditado popular “cabeça vazia é oficina do diabo”, representando que o mal a ser combatido é a ociosidade. Assim, para o usuário, o CAPS, ao oferecer algumas atividades, contribui para o seu processo de tratamento.

A crença de que a realização de qualquer tipo de atividade para ocupação do tempo ocioso é uma atividade terapêutica é uma compreensão presente no imaginário social que tem origem no campo da psiquiatria com a proposição do Tratamento Moral, em que, consoante com os valores sociais do século XVIII, o trabalho passou a ser apreciado em contraposição à ociosidade.

Assim, criou-se o mito de que todas as atividades possam ser terapêuticas no interior do asilo, sem considerar a situação institucional do internado e a função social de tais atividades, as quais legitimavam a exclusão e tinham como função administrar os comportamentos desviantes. Em contraposição, por atividade terapêutica, compreendemos que são aquelas, empreendidas conjuntamente com os usuários, que enfrentam diretamente a complexidade dos problemas e dos limites que são impostos a eles, sem operar uma divisão entre o técnico e o político (Nascimento, 1990).

Ainda que sejam utilizadas atividades dos campos da expressão humana, como o teatro, a pintura e a música, o que se busca é proporcionar a cidadania, ou seja, não se quer “psicótico artista”, mas sim “psicótico cidadão” (Saraceno, 1998a). Desse modo, consideramos que são atividades terapêuticas, por exemplo, aquelas que partem do âmbito interno do serviço, ou seja, fazem circular alguma produção dos usuários que tenha significado para os mesmos e os coloca em condições de trocas sociais.

Nessa direção, os discursos apontam que, por meio das atividades artesanais, habilidades são valorizadas e estimuladas pelos trabalhadores, tendo significado para o usuário:

7U³⁰: Então acho que na área de, cada um tem um dom, então eles procuram ajudar, nessa área e eu tenho o meu, outros têm outros, então acho que é bonito isso.

7U²¹: A [coordenadora do CAPS] quando eu tava pintando quadro aqui, sabe, em alguns anos que eu nem aprendia direito, ela achava que eu era já uma artista, de fato valeu muito, né? Porque eu passei a ser mesmo.

7U²: Com a ajuda do João Bosco [artista plástico], né? Participei de uma exposição, e eu faço desenho geométrico abstrato. E uma coisa levou a outra, um empurrãozinho daqui, outro dali, então...

7U¹⁴: Primeira exposição minha, né? Teve outras, mas que eu não pude ir, minha mãe estava doente e aí eles foram no meu lugar lá, do pessoal do João Bosco, sem ser daqui, mas se precisa alguma coisa importante pra gente o CAPS também vai, dá uma força pra gente, é....

7U¹²: Foi, foi muita linda, foi linda e foi triste porque a minha mãe já estava com câncer, né? Faleceu agora vai fazer um ano em janeiro, mas eu fiquei feliz porque ela, mesmo arrastando a perninha, ela foi.

7U¹⁸: Ah, foi bonito, né, porque a minha família viram isso... (...) Mas é nessa, foi muito marcante mesmo que eu jamais vou esquecer, fica aqui na memória.

Observa-se que o trabalho do CAPS representou um suporte, um apoio, que não se encerra em si mesmo, mas se alia a outras instituições presentes no território.

Enquanto a relação dos usuários com o CAPS é baseada no cuidado, a relação de vizinhança com os não usuários apresenta alguns aspectos que também permeiam a questão do cuidado:

1NU²: O contato é mais é de vizinhança, porém eles estão sempre aqui na loja, eles estão sempre conversando com a gente, desabafam com a gente...

4NU³: Tem um [usuário] que vem aqui, (...) que toda vez que ele vem, ele chora, mas a maioria das vezes que ele vem, ele é brincalhão, ele é bem extrovertido assim, mas a maioria das vezes que ele vem, ele conversa e começa a chorar.

4NU⁴: Acho que a deficiência dele não atrapalha, atrapalha acho que ele não estuda, eu acho, ele participa numa ação na SANASA, mas toda vez que ele que a gente senta pra conversar ele começa a conversar e chorar.

1NU⁹: É porque qualquer coisa inclusive nós participamos ou se alguém foge ou tenta fugir a gente ajuda na, avisando o pessoal aí, se foi pra algum lugar, se saiu ou se tomou alguma direção, porque é uma atitude normal que a gente tem que ter.

Há um envolvimento natural, tanto nas situações específicas, a tentativa de evasão do usuário discutida anteriormente, como no contato do dia-a-dia em que os usuários encontram abertura para expressarem-se e compartilhar seus sofrimentos.

Em contrapartida, não são apenas os usuários que podem se beneficiar da relação estabelecida na comunidade, mas também a própria vizinhança, como exemplificam as falas:

1NU¹⁹: Inclusive eu tenho até prazer em ser vizinho do CAPS porque é muito importante.

1NU²⁰: Porque veja bem, existe aquelas, aquele entra e sai de pessoas, existe um movimento na rua, ou seja, a rua já não é mais isolada, então evita-se outras coisas mais graves de crimes, alguma coisa, roubos, alguma coisa nesse sentido porque a rua já é movimentada. Segundo, se houver um problema grave aqui, com os vizinhos, questão até mesmo de saúde, os próprios médicos, enfermeiros aí podem orientar no sentido onde, então eu acho que é benéfico...

5NU⁶: Também nunca houve assim um caso de agressão com a gente e o pessoal daí tudo, eles respeitam a gente, as moças são muito educadas tudo com a gente, elas são muito bacanas, eu gosto muito delas.

1NU²³: Inclusive a [coordenadora do CAPS] é uma pessoa de uma capacidade muito grande nesse ponto de coordenação, eu acho que eu não tenho nada a criticar não.

1NU¹³: Principalmente pela boa vizinhança que os próprios funcionários têm para com a gente, né?

Assim, o CAPS localizado na comunidade é compreendido nos discursos de não usuários como um suporte em caso de emergência nas situações clínicas em geral e ainda como uma determinada proteção ao proporcionar maior movimentação nas ruas do bairro. Além disso, reflete a ação dos trabalhadores com a vizinhança, aspecto analisado no capítulo sobre processo de trabalho.

Destaca-se nos discursos dos usuários a relação estabelecida com os trabalhadores, em que a atenção e a disponibilidade são tomadas como expressão do cuidado e do afeto encontrado no serviço:

1U⁴⁷: Eles sentam, eles me ligam, eu ligo pra cá e eles cuidam mesmo, sabe se eles não cuidassem, eu ia falar pra você agora, mas eles cuidam mesmo.

1U²⁷: Eu liguei pra eles já várias vezes falando que eu não tava legal, “olha eu não tô legal”, o carro vai lá pega você, leva você, eles marcam a consulta, eles, sabe, sabe?

1U⁵²: E aí vira uma família, virou aquela coisa, como é que é, sabe, “o que você tá fazendo aqui, hoje não é dia de grupo, não, eu vim aqui pra te ver você e acabou”, então ficou uma coisa muito legal mesmo, muito legal mesmo.

1U³³: Eles explicam tudo pra você, sabe, tem o [trabalhador] aí também que é um jovem muito inteligente, explica pra você, fala: “jovem vem cá, vamos conversar separado nós dois”. (...) E ele leva você pra um canto, conversa, você pergunta pra ele: “mas é assim, assim, assim”, e ele falou: “não, mas é por causa disso, disso e disso”.

1U⁵³: Eles sempre estão dispostos a resolver o seu problema, você pode ligar a qualquer hora aí que tem gente aí pra resolver o seu problema.

3U²: Eles me tratam muito bem, eu gosto deles, gosto daqui também.

11U¹⁹: Todo mundo me cumprimenta eu aqui (...) todo mundo gosta de mim, a turma do CAPS gosta de mim.

4U²⁴: Mas eu tenho as pessoas com quem eu posso, eu posso confiar, uma é lá fora e outra parte é aqui no CAPS aqui.

4U⁶⁷: Achei um lugar que, por exemplo assim, é você poder conversar com a pessoa porque é uma psicóloga pra psicóloga, entendeu, é uma falando quase que fosse a mesma língua (...) então aqui eu tenho esse apoio também.

As falas expressam que, no serviço, os usuários encontram a possibilidade de serem ouvidos, compreendidos e apoiados. Historicamente, o atributo de doente mental e o tratamento oferecido colocaram a pessoa em uma situação de anulação de suas vontades e de seus dizeres. Podemos observar que se processa uma mudança importante, de uma situação de negatividade para o estabelecimento do poder contratual, pois seus afetos já não são desnaturados e as suas mensagens agora são compreensíveis (Kinoshita, 2001).

Os discursos apontam que os usuários, de alguma forma, passaram a ser escutados e acolhidos em seus sofrimentos e este é um aspecto relevante, considerando que o processo de Reabilitação Psicossocial propõe justamente a superação da situação de desvalorização dos bens,

mensagens e afetos que é atribuída social e culturalmente à pessoa com transtorno mental.

Desse modo, compreende-se que a escuta ao usuário faz parte do cuidado oferecido em um serviço de saúde de qualidade, o qual deve funcionar segundo alguns princípios, dentre os quais, a relação trabalhador-usuário, pautada por parâmetros humanitários, de solidariedade e de cidadania, pois, com base nesses valores, é que estarão unidos usuários e trabalhadores em busca de interesses comuns, como a atenção integral (Franco, Bueno, Merhy, 2006).

É por meio do vínculo terapêutico, no qual se faz presente uma disponibilidade afetiva, que se torna possível o manejo dos processos de promoção-adoecimento-atenção, sem o viés das prescrições pedagógicas e proposições autoritárias ou mesmo caritativas (Mondoni, Costa-Rosa, 2010). Assim, o que se busca é a participação do sujeito em seu próprio processo a partir da disponibilidade do trabalhador em estar nos espaços territoriais, como exemplifica o discurso:

2T5³⁷: Eu nunca vou conseguir nem entrar naquela portinha lá [comentário sobre a figura] ou janela ou nem vou conseguir ir lá estender a mão se eu não tiver qualquer vínculo com a pessoa.

Dado ao vínculo que foi estabelecido entre usuário e trabalhador, o serviço apresenta-se como um suporte e exerce o papel de acolhimento das necessidades sociais. Assim, o CAPS, nas falas seguintes, representa uma espécie de âncora em momento de intenso sofrimento mental agravado pelas condições sociais, expressão das necessidades sociais, as quais determinam uma maior fragilização da pessoa com transtorno mental desvinculada do mercado de trabalho:

4U²: Eu tenho dois filhos pra tratar [...], mas no momento eu não tô conseguindo trabalhar, devido a, devido aos remédios que eu tomo, aqui não, porque eu fui bem tratado aqui, eu dependo daqui, seis anos que eu me trato.

4U¹⁴: É uma impulsão, você via aquele impulso assim, você tá muito oprimido sem ter as coisas dentro de casa que nem tava faltando pros meus filhos, então vem aquele impulso, eu falava assim “pô, vou me matar” e já cheguei a pensar em matar eles, e aí, só que graças a Deus veio um anjo da guarda e falou assim “não, vai pro CAPS” e aí eu pego e ligo aqui, aqui então, aqui é o meu apoio.

4U²⁶: O INPS me cortou e isso aí me traz dor porque, porque vem conta, eu não tenho onde me apoiar, assim, eu fico meio desamparado, mas só que nem por isso também eu vou chegar pular duma ponte e as crianças vai ficar aí.

Conhecer as necessidades sociais das pessoas em um determinado território, como elas são expressas e como são resolvidas faz parte do projeto de desinstitucionalização (Venturini, 2010). Assim, para além de um apoio nos momentos de crise, o serviço precisa buscar a construção de caminhos que enfrentem as consequências do processo de exclusão social.

A presença do CAPS é considerada positiva conforme indicam os dizeres dos moradores do território, o reconhecimento, a defesa do CAPS e dos seus trabalhadores pelos usuários:

1U¹²: O CAPS é... nossa aqui é ótimo, ótimo mesmo.

1U²³: Hoje... sabe? Eu acho que pra mim, pra eles, qualquer entrevista que você for fazer você vai ouvir a mesma coisa, o CAPS é sem palavras, sem palavras o CAPS, sabe?

4U³¹: É igual esse CAPS foi fundado, ele não foi fundado à toa, ele teve que ter uma base, então pra isso ser aberto, pra isso ter um fundamento, pra Prefeitura mandar verba, é um trabalho sério.

4U²⁹: Muitas vezes já perderam serviço aqui por causa disso, a pessoa dá atenção pro usuário, o usuário pega e some aí depois a família vem cobrar aqui da pessoa, tá errado, eu defendo os funcionários daqui, eu tenho essa ideologia comigo, entendeu?

3NU¹⁵: A partir desse contato a gente percebe realmente que é um trabalho muito bonito, muito humano, muito digno, né?

Coerentemente, também na visão dos trabalhadores, ainda que isso não seja suficiente, há a valorização do CAPS por parte dos usuários:

2T5⁸⁰: É óbvio que para os nossos usuários o CAPS é reconhecido, acho que isso que é o legal, mas é muito pouco.

Observa-se que nas falas de não usuários se faz presente a aceitação do serviço na comunidade, mesmo que isso não se dê de forma unânime:

1NU⁴: Você sabe que em tudo existe pró e contra, existe algumas pessoas que não entendem e são contra, porém eu acho que não tem nada a ver porque eu convivo 24 horas aqui...

1NU¹⁴: No dia-a-dia do bairro continua normal, como se fosse uma casa normal, sem problema nenhum...

1NU²²: A única coisa que eu seria contra, se houvesse no caso aqui alguém que pudesse fazer alguma crítica de querer eliminar com o CAPS aqui.

5NU²⁰: Nunca ouvi falar nada contra. Pra nós não, pelo menos aqui com a gente nunca ninguém comentou nada não.

Também se observa nos discursos dos usuários determinada gratidão ao tratamento recebido no serviço e a intenção de retribuição na forma de doação e de ações possíveis:

7U⁵: Eu quero dizer que eu agradeço o CAPS né, pelo amor, carinho, respeito, eu retribuo mesmo, né?

7U²⁹: Espero que você, possa te ajudar em alguma coisa como você também está me ajudando, porque falar do CAPS é gratificante, é bom os outros lá fora saber disso.

7U²⁶: Que nem hoje aconteceu uma coisa bonita, tingi o cabelo, né, eu que dei as coisas do salão, eu era cabeleireira, e eu não tava usando mais como eu tô fazendo tratamento, aí eu queria ver os meus amigos tudo bonito.

4U³²: Se eu tô sendo recuperado aqui, eu creio que eu tenho que retornar pra essas pessoas que tá me apoiando aqui...

Verificamos que o desejo de contribuição com os trabalhadores e usuários representa a importância do trabalho realizado pelo CAPS, pois traz significado para a vida dos usuários, como é exemplificado pelo trecho seguinte:

4U¹¹: Tem que mostrar pra Prefeitura, né, no que está gastando dinheiro porque se não isso aqui já tinha que ser fechado né, tem que falar: “olha tá indo tanto pra comida, tá indo tanto pra pintura, tanto pra culinária, ali quebrou cadeira”, eu penso assim, pra manter, né? Pra manter o CAPS vivo e a gente, né, assim, a gente também.

A concepção positiva em torno do serviço e a sua defesa conforme exposto nesta análise discursiva endossa o resultado de uma pesquisa que teve como objetivo avaliar a satisfação dos usuários atendidos em CAPS da região sul do país. Os autores afirmam que há indicações da constituição dos CAPS como referência positiva na atenção psicossocial, tornando-se verdadeiros dispositivos de cuidado, contrários à lógica de exclusão social historicamente proporcionada pelos hospitais psiquiátricos (Kantorski et al., 2009a).

Procuramos compreender se as intervenções produzidas no território pelo serviço de saúde mental apresentam potencialidades para as modificações concretas no cotidiano dos usuários e não usuários, principalmente no que se refere ao fazer cotidiano do usuário e às relações sociais.

4.4.3 O fazer dos usuários

O trabalho é uma atividade cotidiana no sentido em que é necessário para a reprodução do homem particular e, assim, constitui importância na estruturação do cotidiano dos indivíduos, pois as demais atividades da vida giram em torno desse foco. Além de ser uma ocupação cotidiana, o trabalho é também uma atividade imediatamente genérica na medida em que supera a própria cotidianidade (Heller, 1991).

Dado a esse sentido do trabalho é que o retorno do usuário a uma atividade produtiva ou a sua ausência são temas em seus discursos quando são questionadas as mudanças no cotidiano a partir das ações do CAPS. Tanto que voltar a realizar uma atividade remunerada é tema nos discursos dos moradores do território, como resultado de processo do tratamento:

4NU⁹: Ela [a usuária] voltou a umas atividades que ela fazia antigamente a fazer unhas, a fazer pé (...) a mudança dela em relação a outras pessoas já influencia bastante já.

5U⁸: Ah mudou, já tô trabalhando, né, trabalho de limpeza, de doméstica, né, hoje já trabalhei também, de limpeza, né.

Por outro lado, o vazio causado pelo não trabalho aponta para a necessidade do fazer, de se ter uma ocupação para se sentir útil ou não ficar agressivo:

4U⁸⁶: É a mesma coisa de duas pessoas desempregadas dentro de casa, eu penso assim, eu e minha esposa, por exemplo, um de nós dois vai ter que sair, fazer alguma coisa, se ela tá cuidando da casa eu tenho que ir na casa de um amigo.

4U⁸⁷: Eu tenho que fazer alguma coisa, eu tenho que pelo menos ir até um bosque pra não passar esses problemas, que se não vai, acho que vai trancando, trancando e aí depois, aí depois nem eles conseguem sabe...

1U²¹: Eu já me acostumei a ter uma atividade, realmente nós temos que ter alguma coisa pra ocupar a mente da gente, sabe? Fazer alguma coisa, varrer a casa, lavar a louça e ela [a esposa] faz tudo, não quer ver a gente fazer nada e sabe? Aí dá uma coisa, um parecer que você é inútil, sabe? E puxa eu aprendi tanta coisa, eu faço tanta coisa agora e tô bem, entendeu?

Sendo o trabalho um importante eixo organizador do cotidiano, ele é compreendido como a única possibilidade de participação do usuário em um espaço social e dele ser reconhecido e valorizado como sujeito (Goldberg, 2001). Assim, como nos apontam os discursos acima, na ausência do trabalho, os sentimentos são de inutilidade e incapacidade.

Nesse contexto é que as atividades domésticas, os passeios, o jogo de futebol, o ir e vir do CAPS preenchem essa lacuna e apresentam significado no cotidiano dos usuários:

4U⁵²: Que nem hoje mesmo eu peguei meu remédio, eu joguei bola, agora eu vou pra casa, eu chego lá eu tenho a minha família, não chego agressivo com eles, porque eu tô saindo do CAPS aqui...

4NU²²: Todo dia ele [o usuário] vem, eu acho que ele vem duas ou três vezes por semana, ele tem que passar aqui, ele fala que o dia que ele não passa aqui, a semana dele não é completa...

São esses os afazeres que constituem o cotidiano dos usuários e que, em alguma medida, produzem movimentos de inserção social, tendo em vista a capacidade de tirar o indivíduo do lugar de incapaz e de colocá-lo em lugar de relação (Salles, 2005).

Observa-se ainda a produção de efeitos na vida dos usuários a partir da viabilização, por meio do CAPS, de autonomia nos afazeres cotidianos e também no que se refere às relações sociais (Marzano, Souza, 2004).

E assim, coerentemente com a literatura consultada, os discursos indicam a conquista de autonomia na realização de atividades cotidianas, a qual inclui o estar no CAPS, mas não se restringe a isso:

1U¹⁶: E hoje eu vou ser sincero pra você, há quatro anos pra cá eu vivo bem melhor, bem melhor mesmo, eu faço de tudo, eu pego um ônibus eu vou pra cidade, eu venho pra cá...

5U²⁹: Pago conta, já fui resolver caso na Sanasa que tinha um vazamento em casa, fui resolver conta da Sanasa lá na agência da Saudade, eu consigo, né, pego o ônibus e tudo.

11U¹⁰: Agora sozinho eu fui lá no Extra, no Shopping D. Pedro, no Shopping Campinas eu vou sozinho lá, vou na PUC, na UNICAMP também.

11U¹³: Fora do CAPS fico em casa, vou passear, vou no shopping, vou no shopping D. Pedro, no Campinas, vou na Catedral, vou na igreja do Carmo, quando eu não tô aqui eu tô passeando...

Ser adulto significa ser capaz de viver por si mesmo a sua cotidianidade. A partir da dominação da manipulação das coisas na vida cotidiana (para citar como exemplo de ação na vida diária o ato de manipular os objetos para alimentar-se), evidencia-se que a “assimilação da manipulação das coisas é sinônimo de assimilação das relações sociais” (Heller, 2004, p. 19).

Nesse sentido, a partir da autonomia adquirida nos afazeres cotidianos é possível estabelecer novas relações e o desenvolvimento de novos papéis sociais, como o de cuidadores de seus familiares, os quais são destacados nos discursos como uma habilidade adquirida:

1U²⁰: Eu aprendi muita coisa, eu faço muita coisa hoje que eu achei que eu jamais ia fazer, eu faço compras, eu faço tudo, sabe? Sou casado, tenho três filhos, levo os meninos no colégio, brinco, jogo bola e me ensinaram muita coisa...

5U²⁷: Hoje eu vou na cidade com o pai que ele é pensionista da mãe e recebe no banco e então pra ele não ir sozinho eu vou junto, né?

5U²⁸: Faço companhia porque ele [o pai] é idoso.

11U²¹: É, eu tô vindo pouco aqui no CAPS. (...) Porque eu tô cuidando do meu tio, ajudando o meu pai a cuidar do meu tio...

São situações como estas que expressam as possibilidades reabilitativas, pois se observa que houve um aumento da capacidade individual nos afazeres cotidianos e a aquisição de novos papéis sociais, o que, conseqüentemente, aponta para a valorização da auto-estima e para a afirmação da identidade das pessoas não mais como sujeitos incapazes.

Outro aspecto a ser destacado, quanto aos afazeres cotidianos, refere-se à busca por novos interesses, conforme nos esclarece a frase:

1U⁴⁶: Gosto muito de assistir, tô me interessando por coisas que a minha mulher fala “mas você não se interessa por essas coisas, o que tá acontecendo com

você?”, sabe, sobre aquecimento global, sobre o que plantar, não cortar os pés de árvore, plantar, então são coisas que eu achei que jamais eu ia, um louco que andava na rua, desesperado, andava só pra frente.

A busca por outros conhecimentos por parte do usuário não encontra respaldo no contexto familiar, mas, de qualquer forma, indica que há movimentos de superação da cotidianidade, pois se trata de objetivações genéricas para si, ou seja, são motivações do homem genérico que estão voltadas para a universalidade do gênero humano e não apenas centrada no indivíduo em particular (Heller, 2004).

Para além do cuidado no serviço de saúde mental, representam nos discursos outros fatores que ajudaram a produzir mudanças no cotidiano, como o aspecto da religião/fé:

5U¹¹: Eu também que me ajudei um pouco, e religião não posso falar, né? Eu sou budista...

7U²⁰: Eu tenho muita fé em Deus, primeiro em Deus, fé em mim e fé nas pessoas que podem me ajudar, eu agradeço a todas elas.

A fé nada mais é do que a afirmação da certeza subjetiva, capaz de multiplicar as forças de quem crê e acrescentar energia na ação. Por outro lado, pode levar a caminhos equivocados, a catástrofes, ao mal (Heller, 1991).

A religião, por sua vez, embora com conteúdo e intensidade diferente em suas variadas formas, constitui um dos organizadores e reguladores da vida cotidiana. Além disso, orienta o modo de vida segundo às exigências e formas de uma determinada religião (Heller, 1991).

O tema da fé e da religiosidade e sua relação com os transtornos mentais é foco de inúmeros estudos, os quais buscam compreender de que modo as pessoas constroem suas vivências e constatam que é recorrente a busca na religião para alívio aos sofrimentos decorrentes do processo de adoecimento mental, sobretudo nas classes sociais menos favorecidas (Dalgalarondo, 2007).

Em nosso estudo, a fé e a religiosidade são temas que se apresentam nos discursos como contribuição para mudanças positivas na vida cotidiana dos usuários.

4.4.4 As relações sociais

O contato cotidiano é estabelecido entre as pessoas que ocupam diferentes posições na divisão do trabalho. Mesmo os contatos familiares, expressos pelos laços de sangue, e aqueles formados entre homens e mulheres, são regulados pelo conteúdo, pelos usos e pelas normas possíveis na presença de determinadas formas de divisão do trabalho. No entanto, ainda que os contatos pessoais sejam fixados por esta divisão e pelos consequentes costumes, as relações se desenvolvem entre os homens particulares concretos e não entre os portadores de papéis. Assim, o contato cotidiano é sempre um contato pessoal, ainda que reflita as relações existentes no conjunto social (Heller, 1991).

Alguns tipos de contato cotidiano são: o casual, o regular, o de relação e o organizado, os quais não se apresentam obrigatoriamente de forma isolada, mas sim podem estar inter-relacionados e, além disso, os tipos em si não indicam qual é a intensidade do contato. Por exemplo, o contato casual entre dois estranhos em uma determinada situação, pode às vezes ser mais intenso do que aquele regular, como o de vizinhos. A relação é, por sua natureza, um contato permanente, que pode ser de modo regular ou organizado (contatos necessários para a auto-reprodução – família, grupos de trabalho, etc), baseado em um vínculo sentimental recíproco (Heller, 1991).

Alguns aspectos das relações sociais estabelecidas entre as pessoas com transtornos mentais e as pessoas não usuárias do serviço de saúde mental, são analisadas quanto ao estabelecimento do contato cotidiano, em que se fazem presentes os estigmas frente às ações no território empreendidas pelo serviço de saúde mental.

Tratamos anteriormente do estigma como um desafio importante no trabalho territorial, lembrando que nos discursos dos trabalhadores observa-se o claro enfrentamento de situações conflitivas, sobretudo quando da implantação do serviço na comunidade, mas não apenas nesse momento. Nos discursos de usuários e de não usuários, coerentemente, os

estigmas, principalmente de periculosidade, incapacidade e improdutividade, são temas recorrentes. No entanto, constatamos também, pelos dizeres, que se expressa um movimento de mudança em processo.

Buscamos compreender se, para os usuários, a partir do tratamento no CAPS, foi possível notar diferença no modo como as pessoas em geral os tratam e os discursos apontam a percepção do estigma e a sua generalização para outras pessoas na condição de diferenciação, frente a uma compreensão de normalidade em que a diferença não é tolerada:

4U⁶¹: As pessoas maldosas do mundo elas não riem só do negro, elas não riem só de uma pessoa doente mental, elas riem se você tá torto, elas riem às vezes se você quebrou o pé, então a discriminação não é só em cima de um doente mental, ela vem em cima de um doente da APAE, um menino que não ouve às vezes, que não enxerga, então a discriminação tá em tudo...

Modificações no contato cotidiano com os familiares, os vizinhos e os amigos, a partir do cuidado no CAPS são afirmadas nos discursos:

1U³⁴: Esses dias eu retornei [onde morava], faz uns dois anos que eu saí de lá, retornei e as pessoas falam “poxa mas, rapaz, eu via você, você conversa bem agora, você tá diferente”.

1U⁴⁰: Sabe, a própria comunidade fala “ei você”, às vezes os meus amigos falam “ó, hoje é dia”, bom, hoje me trouxeram de carro, “então vamos lá que eu vou te levar você, você tá legal, se continuar assim tá legal”.

1U⁴⁸: Eu tenho amigos, converso, eu faço amigos e eu achava que eu nunca ia ser assim, e as pessoas ficavam com medo.

4U⁴⁵: [Mudanças observadas] Principalmente na minha família mesmo porque, você veja bem ó, aqui quando você chega em casa talvez acarreta muitas coisas, entendeu, que aqui não, aqui eles conseguem, entendeu, se você não deixar atrapalhar eles, eles conseguem ajudar a sua família também, você entendeu? Quando eles vão em casa ou até mesmo quando tão aqui a pessoa...

5U¹²: [Mudanças observadas] Então a relação com o pai melhorou bastante, né? Hoje é eu que dou a medicação pra ele, tomo direitinho, e vou dormir, né? Quietinha, primeiro eu ficava muito nervosa, saía na rua, era um perigo, não dava bem, né? Eu ia dormir na casa de pessoas.

Desse modo, os discursos apontam a importância dos amigos e dos familiares, a rede social primária, no processo de cuidado:

4U²²: Mas graças a Deus a minha esposa me entende que na hora dos piores momentos ela tava comigo.

Por outro lado, alguns dos usuários relatam que não há percepção do estigma ou de mudanças nos contatos sociais, a partir do tratamento realizado no CAPS:

7U²²: [Tratamento da sociedade] Ah normal, porque eles já me tratavam bem antes e não mudou nada, a mesma coisa.

8U¹⁹: Não notei nada não, tá tudo normal (...) É, antes também era assim, antes também, não, não notei não, pra mim era assim.

10U¹⁶: Não, não mudou nada não. (...) Não, nem pra melhor e nem pra pior, né.

Para além do estigma, há também o auto-estigma, definido como a internalização do estigma, a aceitação do estigma em si mesmo, o que gera um sentimento de “despotencialização”, ou seja, a sensação de impotência, inutilidade e incapacidade (Moreira, Melo, 2008). Nesse sentido, o discurso reflete a dúvida quanto à possibilidade de relacionamento pessoal afetivo:

11U¹⁶: Mas quem tem problema não pode casar, será que pode quem tem problema?

De forma geral, o tratamento social discriminatório que recebem todos aqueles que se encontram em uma condição estigmatizante é denunciado e é apontada a necessidade de um olhar que vá além da doença e encontre, antes de tudo, o ser humano que está na situação de sofrimento:

4U²⁰: Eu não gosto de ser tratado como um doente mental, nem como louco, sabe? Gosto de ser tratado como que eu sou, sabe?

O posicionamento explicitado apresenta uma indiscutível importância para reverter uma situação de auto-estigma que conduz ao reconhecimento das potencialidades e das possibilidades singulares. A afirmação de si mesmo sem o rótulo de doente mental como sinônimo de pessoa incapaz e irresponsável, de uma certa forma, colabora também com a desconstrução dessa imagem social.

Nos discursos do usuário, é possível notar também que há a compreensão do outro em sua condição de pessoa com transtorno mental baseado em valores morais:

4U¹²: Tem muitas pessoas que faz tratamento psiquiátrico e é covarde, aproveita da doença, da doença mental...

4U⁷⁶: Já pensou, você é verdadeira comigo, eu saio lá fora eu minto, vou roubar, vou usar drogas, vou usar cocaína, vou tomar cerveja com os amigos, poxa!

Os trechos inferem que o outro, igualmente usuário do CAPS, é alguém sem vontade para a mudança, remetendo à concepção de doença mental presente no século XVIII, em que a doença é tida como um problema decorrente das paixões humanas e, por isso, o tratamento visava à reeducação moral do indivíduo.

Observa-se ainda outra representação da pessoa com transtorno mental no discurso de não usuário do serviço, em que se faz presente a percepção de diferenças, mas estas são tomadas como naturais, “normais”:

1NU³: [Usuários] Falam algumas coisas lógicas, outras sem nexos, mas são pessoas que agem de forma natural, educada.

1NU¹⁸: O paciente em si ele critica o tratamento, o que é uma questão racional, que ele não entende o que está se fazendo, mas nós vemos que eles têm um comportamento...

No entanto, essa naturalização refere-se à compreensão do usuário como um ser sem razão e isso é que é naturalizado. O cogito cartesiano propôs duas formas de existência humana, o indivíduo como ser desarrazoado ou ser arrazoado e assim, a desrazão, na Idade Clássica, tornou-se sinônimo de loucura (Silva, Fonseca, 2003).

Observa-se que essa compreensão ainda se faz presente. A concepção sócio-histórica do sofrimento psíquico como desrazão é ainda valorizado na modernidade e como consequência a pessoa torna-se assujeitada, incapaz de fazer escolhas e tomar decisões (Tavares, Souza, 2009).

Em virtude dessa condição estigmatizada, as falas apontam que do usuário se esperam algumas atitudes, como a evasão do serviço e alterações em seu comportamento, mas que essas são questões restritas ao espaço institucional e não interferem na vida das demais pessoas.

1NU⁵: Nunca teve problema nenhum, algumas alterações normais durante o dia, como querer fugir, uma coisa e outra, mas são comportamentos que eles têm normal, mas que não altera a vida da gente...

1NU⁷: Eles são lá dentro que tem alteração, aqui fora não...

1NU⁸: E outra, ali tem já assistência completa, então eu não acredito que eles perturbem alguém não.

1NU¹²: As alterações que existem são de formas normais lá dentro, mas de forma controlada...

Nesse sentido, o lugar para tais idiossincrasias é delimitado, é dentro do CAPS e não extrapola os seus muros, o que sugere que a diferença é isolada, não circula livremente, mas quando ela se apresenta se fazem presentes situações de intolerância:

5NU²: Tem um rapaz aí que ele vem sempre junto com as funcionárias daí e ele tem problema assim, ele não entende o valor de dinheiro, então ele vem aqui com dez centavos e ele quer comprar coisa que ele não pode comprar e fica e fica nervoso, sabe? Fica irritado, então, assim, o que chama mais atenção pra gente declarar é isso aí.

5NU³: Não tem assim nada especial pra falar, só desse rapaz mesmo que quase todo dia ele vem aqui, ainda eu falo porque é que eles deixam, né? Deviam não deixar ele vir porque ele fica insistindo, ele bate na vitrine, bate no balcão, ele quer a qualquer custo ele quer aquele objeto que ele não tem dinheiro pra comprar...

5NU¹²: Todo mundo vem normal, conversa normal, só esse rapaz que tem esse problema mais, assim que também não chega a ser sério porque nunca agrediu a gente nem nada, mas ele fica nervoso, só isso...

No entanto, os usuários que apresentam algum tipo de comprometimento maior em relação ao comportamento são acompanhados pelos trabalhadores do CAPS ou pelos familiares. Assim, são diferenciados nos discursos os usuários que tem mais autonomia, daqueles que são acompanhados:

4NU¹: A gente não tem que reclamar deles, até porque alguns, alguns que passam aqui são acompanhados, tem alguns que compram aqui com a gente, mas não tem que reclamar não.

4NU²: Tem uns que vêm sozinhos, mas tem uns que vêm é mais com os parentes deles, os que compram aqui...

5NU⁷: Todos eles vem acompanhados pelos funcionários, difícil vir sozinhos, só essas pessoas que têm mais controle, igual tem uma que chama [nome da usuária], ela vem sempre sozinha, mas ela compra direitinho, às vezes até compra, deixa alguma coisinha pra pagar depois, mas paga direitinho.

Observa-se também, por outro lado, que se faz presente o aspecto da tolerância:

1NU⁶: Em se tratando de um CAPS, nós temos que ter aquela tolerância em muitos sentidos.

4NU⁴: Mas ele, ele é pra frente, acho que a deficiência dele não atrapalha, atrapalha acho que ele não estuda, eu acho, ele participa numa ação na SANASA, mas toda vez que ele, que a gente senta pra conversar ele começa a conversar e chorar.

Adotamos a concepção de tolerância não como um nobre esforço por parte da maioria na aceitação da diversidade, mas mais do que isso, como uma ética do acesso (à cultura, ao apoio, aos tratamentos, às trocas sociais, aos recursos) para a afirmação de direitos e, assim, deixar que se exerça a cidadania é uma forma de tolerância (Saraceno, 1998), representada aqui na situação em que, independentemente de suas diferenças, o indivíduo possa participar e circular nos espaços sociais sem ser discriminado, com as suas dificuldades e expressões singulares.

Os estudos de Goffman (1978) apontam que há uma maior tolerância, por exemplo, com condutas psicóticas por parte da vizinhança próxima de hospitais psiquiátricos em virtude do desenvolvimento da familiaridade com a população estigmatizada. No entanto, apenas a familiaridade não reduz necessariamente o menosprezo, dada a permanência do preconceito.

A “antipatia” e o desprezo em relação ao diferente são tão antigos quanto a própria humanidade. No entanto, a mobilização de sociedades inteiras contra outras sociedades, até a sociedade burguesa, não se constituía como um fenômeno típico (Heller, 2004).

Se foi possível assimilar no cotidiano um sistema de preconceitos provocados pelas integrações sociais como um meio de manter a estabilidade e a coesão social, a libertação dos preconceitos se processa num nível individual, quando há a predisposição em negar a confiança nas próprias ideias na medida em que o conhecimento e a experiência as contradigam de modo regular (Heller, 2004).

Assim sendo, para o CAPS ou qualquer outro equipamento, como Centro de Convivência, que se propõe a um cuidado psicossocial, resta como desafio a criação de espaços cotidianos, regulares, para o acolhimento

e a convivência com a diferença, os quais possam fazer o enfrentamento da cultura estigmatizante.

O próximo discurso indica as representações em torno da pessoa acometida pelo transtorno mental, revelando os estigmas presentes no imaginário social.

3NU¹⁸: A conversa deles entre eles é muito interessante, a gente não imagina que uma pessoa que passa por tratamentos, tá tomando esses remédios tão fortes, eu acho assim, tem essa consciência, eles têm uma outra forma de ver...

A medicação psiquiátrica pode ser considerada um símbolo de estigma, compreendendo-se que símbolos são tudo aquilo que transmite qualquer informação social sobre o indivíduo, reflexiva e corporificada, transmitida por ele, por meio da expressão corporal. Assim, determinada informação social, conjuntamente com outros signos, completam de forma redundante e segura a imagem do indivíduo (Goffman, 1978).

Nesse sentido, faz-se presente o estigma de incapacidade, representado pelo desconhecimento sobre as habilidades e as condições mentais da pessoa com transtorno mental, pois as mesmas são julgadas alteradas em decorrência do uso da medicação. O estigma de incapacidade é bastante antigo e ainda muito presente, reforçado principalmente em decorrência da situação produtiva em que se encontram os usuários do serviço, de pouca ou nenhuma inserção no mercado de trabalho.

Outro estigma bastante recorrente quando se trata dos transtornos mentais é o de periculosidade, como dissemos anteriormente, reforçado pela primeira lei dos alienados de 1838 (Barros, Egry, 2001). As falas de não usuários reproduzem também esta ideologia:

4NU¹¹: Normal, normal, a não ser um que é (...) ele é bem grandão, e ele fala bem grosso, aí ele entra, ele quer bagunçar, mas bagunçar no bom sentido, mas o jeito dele se expressar dá uma impressão que ele quer bagunçar, que ele quer, mas não...

4NU¹⁴: Medo pelo tamanho dele, tem um outro que tem o cabelo moicano, eu não sei o nome dele (...) aquele também (riso)...

4NU²⁵: Eu acho que assim que pelo fato dele andar, do jeito dele se expressar olhando pro chão, fala alto, então as pessoas...

4NU¹⁵: Minha mulher mesmo quando ela tá aqui sozinha que ela vê ele ela fala “vem aqui, vem aqui”, ela fica com medo, porque ele é muito grande, e ele usa o cabelo moicano, ele rapa aqui [aponta a região da cabeça]...

4NU¹⁶: Então a reação assim é instantânea, é, acho que é a de qualquer ser humano que não conhece, que não sabe que a pessoa tem a deficiência, vê, se assustar, mas fora isso acho que não, não tem erro não, a gente que já sabe, que já conhece, a gente sabe lidar às vezes, né?

As características de imprevisibilidade e periculosidade são inatas à natureza humana, porém, especificamente certos homens cuja desrazão se personifica, são historicamente identificados e isolados para que se possa conter o contágio e a destruição da ordem racional (Basaglia, 2005). Assim, está colocado o estigma de periculosidade das pessoas com transtornos mentais, com as quais, segundo o discurso, nem sempre se sabe lidar, dada a característica de imprevisibilidade.

Constatamos que há tentativa de justificar estes estigmas pela aparência, pois os discursos revelam que não há constatação de comportamento agressivo por parte do usuário referido, apenas boatos:

4NU²⁶: No caso dele agredir não, não, ou correr atrás que nem muitas pessoas falam, nunca, nunca, faz dois anos que eu tô morando aqui, faz dois anos que eu conheço o [usuário], nunca...

4NU²⁷: Mas as pessoas falam que ele corre atrás, que ele joga pau, mas nunca vi, ele vai no campo, a gente joga bola aí, ele vai no campo, ele senta, ele torce, mas nunca vi ele correndo atrás de ninguém, principalmente ele, né, que é o caso que as pessoas já falaram pra mim, mas não tenho conhecimento disso.

Verificamos também que há uma explicação para o estigma, o problema não está na pessoa com transtorno mental e sim na ignorância da sociedade:

4NU¹⁹: Eu acho que a população em si, são mal instruídas, mal informadas em relação a essas pessoas porque nem todas elas agredem, como tem alguns casos que... de pessoas que vão, vão pra cima e quer fazer mal, mas na, eu acho que na mentalidade delas elas não querem fazer mal, porque é o problema que elas têm.

4NU¹⁷: Acho que as pessoas veem essas pessoas entre aspas, que têm deficiência, com um outro olhar: “ah é louco”, e nem sempre, porque a pessoa tem uma deficiência, mas ela não é louca sabe.

No vocabulário da Reabilitação Psicossocial, desabilitação refere-se à redução das performances cognitivas e sociais; deficiência tem como

significado uma resposta dada pela organização social ao sujeito com uma desabilitação. Nesse sentido, a reabilitação consiste em um processo de intervenção que ocorre simultaneamente em dois aspectos, o aumento das habilidades e a diminuição da deficiência (Saraceno, 1999). Assim, o olhar a ser desenvolvido para as pessoas com transtornos mentais é o da deficiência que se expressa como algo que não está no sujeito, como o estigma, que é uma linguagem de relação.

Constatamos que o desenvolvimento dessa compreensão é potencializado pela convivência. Desse modo, reiteramos aqui, utilizando um estudo realizado em cidades de pequeno e médio porte, o fato de que, com as ações nos espaços públicos, no território, que permitem a interação da população com os usuários dos serviços de saúde mental, observa-se maior aceitação das pessoas com transtornos mentais quando estas não estão em momentos de crise (Luzio, L'Abbate, 2009).

Os discursos de não usuários, confirmam o que traz a literatura:

4NU¹⁸: Então deixando com que eles se envolva no meio da comunidade, as pessoas vão ver que eles têm possibilidades de estar...

4NU⁷: Tem uma que já tá bem, bem eu acho que adaptada ao meio de vida dela, muda bastante porque a gente começa a ter contato, né?

4NU⁸: E eu acho que o mais assim que mudou assim que eu acho é o relacionamento entre a gente que a gente não tinha, eu não conversava com ela, minha esposa também não.

4NU²³: Aí ele [usuário] fica aqui ele vem, ele senta, ele conversa com a minha esposa, ele gosta de ficar conversando com ela, a mãe dele fica ali também.

4NU²⁸: É amizade, a gente acaba criando amizade com eles, né?

4NU²⁹: Ela passa todo dia aqui. Quando ela não passa pra pegar cigarro, ela passa pra pegar uma latinha de refrigerante, ela senta aqui fica conversando com a gente, ele vai na casa da minha sogra fazer a unha da minha sogra, da minha esposa às vezes também, da minha cunhada, vira e mexe tá na casa da minha bisavó, que elas têm amizade já faz tempo...

O contato cotidiano regular entre os usuários e a vizinhança próxima ao CAPS torna-se uma relação na medida em que os discursos indicam a presença de vínculos afetivos entre os moradores do território e expressam, assim, modificações nas relações sociais.

A diminuição dos estigmas em torno das pessoas com transtornos mentais é um processo implícito às proposições no campo da saúde mental, em conformidade com o modelo psicossocial. Por isso, mecanismos que propiciam aproximação entre as pessoas, como oficinas, instrumento de trabalho discutido anteriormente, são extremamente valiosos, pois, de acordo com a teoria do contato social, a convivência, o contato direto com uma pessoa de um grupo estigmatizado, permite uma redução do estigma (Thornicroft, Tansella, 2010).

Desse modo, faz-se a defesa dos serviços comunitários na cidade, pois este é o lugar em que o mundo e os homens se movem mais, é o lugar da educação e da reeducação, é onde a “co-presença ensina aos homens a diferença”, haja vista que “quanto maior a cidade, mais numeroso e significativo o movimento, mais vasta e densa a co-presença e também maiores as lições e o aprendizado” (Santos, 2008a, p. 79).

Assim, a localização dos CAPS em bairros residenciais, com fácil acesso da comunidade, contrapondo-se à lógica dos serviços asilares, é uma maneira de facilitar a integração entre os usuários e os não usuários do serviço, por meio do acesso de lugares comuns, como a padaria, o bar, a rua. Nesse sentido, a frase temática se apresenta coerente com a literatura, pois aponta que a presença do serviço territorial cumpre esta função:

2T4¹²⁹: Eu acredito que talvez, um dos maiores impactos pra comunidade é esse, é ver que eles [os usuários] estão circulando no território, não estão mais isolados...

Na mesma direção, a horta na escola, indicada anteriormente nas falas dos trabalhadores como um dos instrumentos do processo de trabalho no território, apresenta como resultado um processo de mudança em torno da noção de periculosidade nos discursos de não usuários do serviço:

3NU¹¹: No início, às vezes, tinha mesmo funcionário da escola e, às vezes, alguns alunos que tinham medo até de passar perto dessas pessoas e hoje em dia não, elas estão mais acostumadas, elas respeitam mais.

3NU¹³: Como a gente não tava acostumado a... a se integrar, né, a socializar com essas pessoas a gente sente um pouco de receio, e isso daí veio fortalecer o vínculo, né, com essas pessoas.

3NU⁶: Sempre a gente tenta fazer essa integração, né, sempre, às vezes, eles vêm no horário do intervalo, mesmo, às vezes, na entrada, na saída dos alunos, os

alunos sabem que é o pessoal que faz esse tratamento, que é acompanhado pelo CAPS, respeita.

3NU⁷: A gente fez até uma atividade folclórica, no dia do Folclore com o uso das plantas medicinais que eles também semearam, plantaram, nós fizemos a parte do estudo, junto com os professores, né, sobre as plantas medicinais.

3NU¹⁴: Eu mesmo o que eu acho, eu acho que foi muito bom esse projeto que fez com que a gente também percebesse o trabalho dos outros e os problemas também que os outros passam no dia-a-dia que a gente, às vezes, não dá tanto valor...

3NU¹²: Então realmente trouxe uma grande valorização, né, tanto pra pessoa que está em tratamento, como também pros alunos... pros funcionários, pra nós da escola toda né.

3NU²¹: É porque o nosso objetivo também era esse né? Fazer essa integração, essa socialização, né, e a gente tá conseguindo.

Por meio das narrativas das pessoas que vivem a experiência de um transtorno mental é possível dimensionar a importância da convivência:

A convivência fez uma enorme diferença para eu ampliar meu ponto de vista. E é pela convivência, eu imagino ser este o caminho, que conseguiremos mudar as ações e pensamentos com a saúde mental. É preciso envolver mais os familiares no processo de tratamento. É preciso ter uma campanha educacional que começa já na escola básica sobre o que é e como lidar com a saúde mental (Ogino, 2005, p. 128).

Mais do que campanhas educativas nas escolas, as atividades no território, como a horta, as quais proporcionam a convivência, estimulam um aprendizado que não é somente de ordem informativa, pois é possível desenvolver-se ali uma relação que permite a constituição de novas mentalidades e atitudes e, assim, como resultado, a redução do estigma.

Enfim, no processo de trabalho em que as intervenções no território permitem o estabelecimento da convivência, os discursos revelam que se tem como produto, no mínimo, reflexões acerca do transtorno mental como um problema, tanto quanto outros, na arena dos conflitos humanos e, por isso, a normalidade/loucura passa a ser questionada:

4NU²⁰: Se nós que temos os nossos problemas, mas não, entre aspas, “não somos loucos”, porque as pessoas veem as pessoas do CAPS como pessoas loucas, e não são pessoas loucas, são pessoas problemáticas, que têm problemas mentais...

5NU¹⁶: Nem todo mundo é totalmente louco, né, (riso) a minha mãe dizia que “de médico e louco todos nós temos um pouco” (riso), porque a gente tem momentos

que também até a gente tem momentos que perde um pouco a lucidez, então a gente às vezes se acha normal e não tem ninguém totalmente normal (riso), né?

Ainda que a convivência possa trazer alterações na percepção do outro, não podemos esquecer que as relações sociais são mediadas pelas forças políticas, econômicas e sociais, que afirmam e sustentam uma determinada cultura.

No território em que se processa a convivência, o mesmo pode se transformar em lugares de desencontros, de afirmações e de defesas oportunistas dos mais diversos interesses. Esse lugar, em que muitas vezes são penalizados e excluídos da cena social os indivíduos mais fragilizados para não impedir o jogo virtual dos mais fortes, é também área de desenvolvimento de um processo em que a vida comum dos indivíduos coincide em um lugar que pode se constituir em espaços de produção, de cuidado, de inovações, de trabalho, de afetividade, de relações e de construção coletiva (Mainardi, 2005).

No processo territorial, as forças e as reais potencialidades das conexões afetivas e cognitivas resultam das interações casuais e imprevisíveis, fruto das inumeráveis possibilidades de encontro e interação que um processo em rede é capaz de ativar (Mainardi, 2005).

A capacidade de agir no e com o território cresce na medida em que os trabalhadores se sintam legitimados e sustentados na difícil tarefa de sair dos esquemas de funcionamento rotineiros ou ideológicos para preparar lugares mais cotidianos, ainda que incomuns, de conhecimento e confronto. Por várias razões, são os trabalhadores, independentemente de sua formação, os promotores ou facilitadores dos processos de ativação das redes (Caio, 2009).

Assim, a construção de um processo territorial no campo da saúde mental que traga como resultado transformações no cotidiano não é realizado sem o envolvimento conjunto dos trabalhadores do serviço de saúde mental e os moradores do território, os usuários, os familiares e, de algum modo, os não usuários.

“O presente é o real, o atual que se esvai; e sobre ele, como sobre o passado, não temos qualquer força. O futuro é que constitui o domínio da vontade e é sobre ele que devemos centrar o nosso esforço, de modo a tornar possível e eficaz a nossa ação”

Milton Santos

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partimos do pressuposto de que as intervenções no território realizadas pelos CAPS, ainda que sejam mínimas, como indicam as pesquisas consultadas, apresentam potencialidades para resultar em modificações no cotidiano – submerso em um contexto marcado pela exclusão sociocultural – dos usuários, estabelecendo novas possibilidades. Desse modo, o objeto desta pesquisa constituiu-se nas ações territoriais como uma prática cotidiana do serviço.

Dado que o cotidiano é o lugar privilegiado no qual os homens se reproduzem concretamente e onde ocorrem as transformações sociais, no campo da saúde mental, as ações no território certamente são um dos principais mecanismos de luta contra a alienação no cotidiano, pois favorecem o desenvolvimento de movimentos capazes de resistir aos processos de exclusão social.

Nesse sentido, a teoria de Heller contribuiu para a percepção de como pode se dar a flexibilidade nas estruturas do cotidiano por meio dos conceitos: probabilidade, espontaneidade e confiança, desvelados nos discursos. Essas e outras características analisadas pela autora como aspectos necessários do pensamento, do sentimento e da ação devem apresentar margens de movimentação e explicitação ou, ao tornarem-se cristalizadas, incorre-se o risco da alienação no cotidiano.

Não usar os recursos do território a favor dos processos de inclusão social e da promoção de sentidos para as pessoas com transtornos mentais constitui-se como herança do modo asilar de tratamento. Tais práticas condizentes com o modelo hegemônico psiquiátrico são rompidas, superadas, a partir da abertura do serviço ao território, o que não significa apenas o estar fora dos muros institucionais, pois mesmo no território é possível a reprodução de tais lógicas. Ações direcionadas para os eixos da Reabilitação Psicossocial, o habitar mais do que o morar, o trabalho com valor social e a construção/fortalecimento de rede social, utilizando-se dos contextos interno e, sobretudo, externo ao CAPS é que configuram as

intervenções como territoriais, na direção da produção de um modo de cuidado psicossocial.

A atenção para a reprodução de práticas manicomiais nos serviços territoriais, como a contenção, as reflexões e discussões em torno da produção de cuidado ou controle, a explicitação da resistência dos trabalhadores em sair para o território são algumas das formas que podem demonstrar movimentos que induzem à superação das práticas asilares no cotidiano institucional.

Nesse sentido, é importante para os trabalhadores que tenham como perspectiva ações territoriais procurarem compreender os impedimentos na produção desses movimentos. Assim, faz-se necessário observar se a inflexibilidade nas ações está determinada por mecanismos ideológicos, os quais se expressam em práticas contraditórias às propostas dos serviços comunitários e territoriais. Desse modo, a superação da alienação no cotidiano torna-se possível ao serem trabalhados os conflitos e as contradições inerentes a qualquer fenômeno.

O referencial teórico do Cotidiano e a compreensão da dialética na perspectiva marxista, conforme a qual a realidade é marcada pela transitoriedade, pelo dinamismo, pela complexidade e da qual se busca compreender as contradições, possibilitaram o esclarecimento acerca do fenômeno investigado.

O desenho metodológico utilizado em conformidade com o objeto de estudo foi a busca por um dos CAPS para o cenário da pesquisa, destacado como produtor de mais ações no território em comparação aos outros serviços do mesmo município. Apreendemos dessa realidade que, apesar dos prováveis resultados quanto à ressignificação do cotidiano dos usuários, os CAPS ainda estão destinados à superação de aspectos que impedem ou dificultam o direcionamento de práticas nos eixos da Reabilitação Psicossocial para que, de fato, tornem-se serviços territoriais e comunitários.

As categorias analíticas – Território e Reabilitação Psicossocial – utilizadas para a análise das categorias empíricas, produto dos discursos – território, processo de trabalho e cotidiano – mostraram-se metodologicamente adequadas para responder aos objetivos propostos

neste estudo, em virtude da explicitação das contradições presentes nos discursos dos colaboradores.

Com o uso do grupo focal, procuramos captar o pensar coletivo acerca dos sentidos atribuídos às ações no território no campo da saúde mental.

Se considerarmos o critério para a indicação dos participantes do grupo focal, os trabalhadores que tivessem maior envolvimento e disponibilidade para o trabalho no território e o número mínimo de participantes indicados, inferimos que o envolvimento com o tema território não era habitual para grande parte da equipe do CAPS. Isso pode ser afirmado também com base no fato de que, à época da coleta de dados, a reformulação do processo de trabalho voltado para a divisão em mini-equipes era recente, o que trouxe à tona novas discussões nas reuniões acerca da vinculação do serviço ao território.

No entanto, a dinâmica estabelecida nas sessões grupais indica que a predominante coesão observada pode ser atribuída às reflexões e discussões entre a equipe como um todo, tendo em vista que os discursos desvelam temas sobre o cotidiano institucional comuns a todos os trabalhadores da equipe.

Dessa maneira, sendo um instrumento útil para a investigação em profundidade de um dado fenômeno, consideramos que o uso do grupo focal foi apropriado para conhecer as percepções e representações dos trabalhadores de saúde mental que compartilham as situações comuns que envolvem o cotidiano do serviço, sobre as intervenções no território.

Buscamos inicialmente compreender quais as representações dos trabalhadores de saúde mental acerca de território e de serviço de saúde mental territorial. Para além de uma compreensão de espaço geográfico, constatamos que os discursos apresentam uma concepção de território que vai ao encontro do que nos traz a literatura acerca do cuidado baseado no paradigma psicossocial. Além disso, esse território, em que estão imersos os usuários com seus desejos, necessidades e demandas, é caracterizado pelas baixas condições socioeconômicas, as quais apresentam, na visão

dos trabalhadores, condições facilitadoras para a permeabilidade entre serviço e território.

O território, matriz onde se desenvolve a vida social, econômica e política, expressa a perversidade da lógica do sistema econômico e da globalização, que resulta em carências econômico-sociais, com as quais lidam diretamente os trabalhadores de saúde mental. Inferimos que a facilidade para interagir nesse território, como anunciado nos discursos, deve-se à abertura e ao olhar, para além da doença em si, encontrados no serviço, que impulsionam o uso dos recursos do território e favorecem a aproximação da comunidade.

Outro motivo, também apontado nos discursos dos trabalhadores para inserção no território, refere-se ao Apoio Matricial. Consideramos que a organização do processo de trabalho no que diz respeito a esse dispositivo institucional, a divisão em mini-equipes e a sistematização empregada, proporcionaram o maior relacionamento entre os trabalhadores dos Centros de Saúde e dos CAPS e, a partir disso, um maior conhecimento das nuances do território sob a responsabilidade dos serviços.

Quanto às representações acerca do serviço de saúde mental no território, analisamos que se apresentam mudanças no imaginário social em relação ao modo de tratamento, o qual passa a ser compreendido como a possibilidade de um cuidado em liberdade, cuidado este que contempla a dimensão dos direitos de cidadania e somente se concretiza com apoio da gestão local, a clareza dos princípios da Reforma Psiquiátrica para os trabalhadores e a contínua luta antimanicomial, dado que a lógica asilar ultrapassa os muros das instituições e incide no cotidiano.

Por outro lado, também se fazem presentes contradições, como: aquelas que refletem as dificuldades do atendimento às situações de crise; as poucas ações direcionadas ao habitar nos SRT, com o objetivo de impedir a reprodução do simples morar dos hospitais psiquiátricos; o uso do leito do CAPS como resolução para a problemática de moradia enfrentada por usuário; os discursos em torno de mecanismos manicomiais, como a contenção em vez da continência e do acolhimento ao sofrimento.

Porém, constatamos que, no CAPS cenário deste estudo, determinadas ações que remetem a um tratamento asilar tornam-se alvo de discussão e de crítica na equipe, o que é bastante positivo para o serviço com a proposta de substituição dessas práticas, pois indica a possibilidade de mudanças.

Desse modo, é possível dizer que, ainda que sejam destinados a isso e criados como serviços comunitários e territoriais, os CAPS não o são de imediato e é por isso que constatamos a existência de intervenções voltadas a um cuidado em liberdade, coexistindo com concepções que se pretendem desconstruir. A transformação e a superação de tais contradições somente ocorrem com ações aliadas à reflexão e, nesse sentido, observa-se a importância das discussões e supervisões de equipe.

No discurso dos moradores do território, as diferenças substanciais entre o hospital psiquiátrico e o CAPS são aquelas relacionadas às características de uma instituição total, como a quantidade de pessoas inseridas em um único espaço, sem atenção individualizada, e a restrição da liberdade de ir e vir. Nas falas dos trabalhadores, essa diferenciação se dá fundamentalmente pelas ações empreendidas no território.

Consideramos que os instrumentos utilizados no processo de trabalho do CAPS no território, como as ações direcionadas para os aspectos dos direitos sociais (moradia, benefícios sociais), da atenção no contexto das pessoas (cuidado domiciliar e apoio matricial) e da integração social (oficinas externas) confirmam uma compreensão do objeto de trabalho que condiz com o paradigma psicossocial. Ou seja, são ações destinadas ao indivíduo com transtorno mental, compreendendo-o como um sujeito em relação, inserido em uma realidade complexa, com as suas necessidades de saúde determinadas social e historicamente e, portanto, são meios de trabalho que o aproximam do contexto social, em busca de processos de inclusão social e cidadania.

A compreensão acerca das potencialidades das intervenções no território para a promoção de modificações no cotidiano constituiu o terceiro objetivo desta pesquisa. Consideramos que é possível observar movimentos

de mudança no que se refere às relações sociais dos envolvidos no contexto da saúde mental, usuários e não usuários do serviço.

É fato que o cuidado em saúde mental a partir dos CAPS expressa mudanças positivas na vida dos usuários, pois, conforme desvelaram os discursos dos colaboradores dessa pesquisa, os moradores do território e os trabalhadores, constata-se: diminuição na dosagem de medicação, diminuição do período e da frequência das crises, além da produção de alguma autonomia nos afazeres cotidianos. Esses, sem dúvida, são dados importantes que foram também anteriormente constatados por outras pesquisas.

O que averiguamos neste estudo é que as intervenções no território por parte dos serviços de saúde mental, ainda que incipientes em todos os eixos que se referem ao processo de Reabilitação Psicossocial, apresentam evidentes potencialidades para transformações no campo sociocultural e efetivamente mudam a percepção da sociedade em relação às pessoas com transtornos mentais, conforme nos revelaram, sobretudo, os discursos de não usuários do CAPS.

Permanecem presentes no imaginário social os estigmas de incapacidade e periculosidade, em nome dos quais, entre outras coisas, foi justificado o afastamento social. No entanto, analisamos que, em contrapartida, são justamente a convivência e o contato os meios a serem cada vez mais utilizados para a desmistificação de tais conceitos. Nesse sentido, as ações no território direcionadas a esse objetivo são de extrema importância.

Quando um serviço comunitário insiste em apostar a sua atenção em ações exclusivamente centradas na medicação ou em atividades intramuros, que não se relacionam com o exterior, inevitavelmente reproduz a lógica do modo asilar. Não é a mera presença do serviço como mais uma instituição no território que produzirá a desinstitucionalização de práticas envolvidas por uma cultura manicomial, mas sim são as ações nos contextos de vida, as quais se deparam com todas as problemáticas e possibilidades, que constroem a realidade cotidiana dos indivíduos e que se constituem em

instrumentos capazes de impulsionar a construção de um processo territorial em que os valores estabelecidos passam a ser questionados.

Assim, não somente por meio da expansão dos serviços e programas em substituição ao hospital psiquiátrico é que se constata a mudança do modelo de atenção à saúde mental em processo, mas, principalmente, pela indicação de modificação nas concepções dos atores envolvidos: trabalhadores de saúde mental, usuários e comunidade em geral, em torno do cuidado em liberdade, promotor de convivência e cidadania, e do usuário como pessoa inserida em um contexto e que apresenta potencialidades.

A organização dos serviços de saúde mental depende dos contextos político, social, cultural e econômico dos diferentes países. Assim, não é possível reproduzir um modo de atenção à saúde mental e, portanto, não tivemos a intenção de fazer uma comparação entre duas realidades profundamente distintas, a brasileira e a italiana.

Por outro lado, observamos que as práticas identificadas como territoriais realizadas pelo CAPS como, por exemplo, o cuidado domiciliar e as ações em torno de melhoria das condições de moradia, são alguns dos aspectos que guardam, em alguma medida, relações com as ações acompanhadas nos CSM triestinos. Além disso, alguns temas de discussão, como a questão de cuidado e controle, também foram observados nas discussões de equipe dos operadores de saúde mental.

Os caminhos do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira são percorridos de forma singular, contudo consideramos que a essência da experiência italiana influenciou e certamente permanecerá influenciando os atores desse processo.

A revolução no campo da psiquiatria ocorrida em Trieste há trinta anos, a superação das instituições e das práticas manicomiais asilares, revogou uma assistência pautada pela exclusão social, impondo efetivamente a possibilidade de uma realidade fundada essencialmente sobre a liberdade e o encontro com o outro, no território. Além disso, demonstrou que a produção de sentido e, assim, a mudança no cotidiano das pessoas acometidas pela experiência de um transtorno mental somente se produz nos contextos reais de vida, onde se desenrolam as relações

sociais e, enfim, comprovou que mudanças aparentemente impossíveis se tornaram possíveis.

Na experiência de bolsista em Trieste, foi possível notar na atuação dos trabalhadores de saúde mental junto aos usuários do CSM o profundo respeito que se expressa das mais diversas formas, dentre as quais, no envolvimento da equipe nas diferentes atividades dentro e principalmente fora do CSM, no estabelecimento de relações de proximidade nas quais observa-se uma valorização da pessoa, independentemente de sua alteridade, em que se conjuga frequentemente o verbo convencer e não coagir, em prol de um cuidado em liberdade. Nesse sentido, por exemplo, expressa-se também no modo com que os psiquiatras realizam as prescrições medicamentosas, trazendo à cena o usuário como protagonista, ao fazê-lo compreender o porque diminuir ou aumentar a dosagem da medicação, tornando assim, de comum acordo as intervenções necessárias ao processo terapêutico compartilhado.

Além disso, os eventos e projetos culturais constantemente realizados e que agregam pessoas não usuárias dos serviços em torno de atividades comuns, de modo espontâneo, voluntário, são também um aspecto merecedor de destaque.

O trabalho é um dos eixos presentes na maioria dos projetos terapêuticos, sendo uma atividade inserida no cotidiano dos usuários em conformidade com as suas potencialidades, inicialmente por meio do oferecimento de bolsas, as quais apresentam acompanhamento direto de trabalhadores de saúde mental e mensalmente ocorre reunião entre todos os CSM para a discussão dos casos de bolsistas. Outro caminho utilizado para se abordar a questão do trabalho é o auxílio e estímulo dos operadores ao usuário para o processo de recolocação profissional em empresas, as quais, por lei, destinam vagas para as pessoas em condições de desabilidade oriundas não apenas de transtornos mentais.

Ainda há muito a ser feito em nossa realidade para a produção de um cuidado em saúde mental promotor, de fato, do exercício da cidadania, ultrapassando movimentos de alienação do cotidiano, ou seja, desvinculando-se de práticas próprias do modelo de atenção pautado na

lógica asilar. Nesse sentido, acreditamos que as ações voltadas para os processos de geração de renda e a proposição de projetos e eventos culturais devam ser intensificados, qualificados e aumentados quantitativamente nos serviços e programas de saúde mental.

Assim, consideramos também necessário o aumento de programas de capacitação que possam abordar o uso do território e seus recursos, como o caminho a ser percorrido na produção de práticas de cuidado em saúde mental.

No processo de mudança do modelo de atenção à saúde mental brasileira foram produzidos importantes resultados, sendo superada a centralidade dos grandes hospitais psiquiátricos, pois nos anos 1990 foram contabilizados cerca de noventa mil leitos e após 2005 o financiamento para a assistência comunitária superou aquele destinado ao tratamento hospitalar. A expansão dos CAPS representa, sem dúvida, importante conquista nesse processo.

No entanto, os impasses presentes para o avanço do cuidado nessa direção não são menores e dizem respeito: à efetivação de políticas públicas sociais como aquelas direcionadas à habitação; à necessidade de capacitação dos trabalhadores em prol de uma clínica ampliada, psicossocial, particularmente no que diz respeito ao atendimento às situações de crise; ao estabelecimento/fortalecimento de rede social; à melhoria da infra-estrutura para a viabilização do aumento de ações no território; ao enfrentamento dos estigmas a partir, também, da promoção de ações culturais no território; à superação da hegemonia da atenção centrada na doença e no uso da medicação como forma primordial e exclusiva de cuidado, presente no imaginário dos usuários do CAPS.

Acreditamos que os esforços empreendidos nesta investigação para revelar algumas das questões que envolvem o trabalho em saúde mental no território possam vir a colaborar com os serviços comunitários e territoriais, ao serem caracterizadas as práticas que favorecem mudanças no cotidiano do seu público alvo, ou seja, as pessoas com transtornos mentais em busca do exercício da cidadania. E, ainda, ao serem explicitadas as contradições e os significados revelados nos discursos, tomando-os como veículo das

ideologias, as quais se fazem presentes nos demais serviços, torna factível o esclarecimento de condutas atreladas ao modo asilar e, a partir disso, é possível trilhar caminhos singulares em cada território em que se encontra cada serviço, para a produção de práticas territoriais que venham superar lógicas impertinentes ao campo psicossocial.

Finalmente consideramos que os apontamentos realizados nesta pesquisa necessitam de outras análises e estudos, como aqueles voltados para o desenvolvimento de instrumentos específicos para a avaliação das práticas em saúde mental no território, bem como a avaliação das mesmas na produção dos processos de inclusão social, pautados nos pilares da Reabilitação Psicossocial.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abib LT. As práticas corporais como ferramenta terapêutica no cuidado em saúde mental: o caso do futebol dentro do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) [monografia]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Educação Física; 2008.

Abrahão L. A visita domiciliar como uma estratégia de assistência no domicílio. In: Morosini VGG, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. p. 151-71.

Abuhab D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev Gaúch Enferm. 2005;26(3):369-80.

Agnetti G. Pratiche riabilitative verso l'inclusione sociale. In: Agnetti G, Erlicher A, Lucchi F, Radici R, Rossi G., editores. Territori per la salute mentale: manuale per la valutazione delle politiche di inclusione sociale. Milano: Franco Angeli; 2008.

Amarante P. Apresentação. In: Amarante P, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 7-15.

Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio, In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

Amarante P, coordenador. Archivos de saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: NAU; 2003. A clínica e a reforma psiquiátrica, p. 45-65.

Amarante PDC. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB, organizadores. Saúde Mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS, 2008. p. 65-79.

Amarante PDC, organizador. Loucos pela vida – trajetórias da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE/ENSP; 1995.

Amarante PDC, Torre EHG. 30 anos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: lutando por cidadania e democracia na transformação das políticas públicas

e da sociedade brasileira. In: Fontes BASM, Fonte EMM, organizadores. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife (PE): Ed. Universitária UFPE; 2010. p. 113-36.

André SA. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia e a promoção da saúde. *Rev Geogr Venez*, 2009;50(1):159-72.

Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. *Cienc Saúde Coletiva*. 2007;12(2):455-64.

Armaroli ACB. A reforma psiquiátrica como atividade: histórias do trabalho de enfermagem em um antigo hospital no processo de transformação para uma unidade da rede de saúde mental [dissertação]. Niterói (RJ): Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense; 2009.

Barban EG, Oliveira AA. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no Programa de Saúde da Família do município de São José do Rio Preto. *Arq Cienc Saúde*. 2007;14(1):54-65.

Barros DD. Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste. São Paulo: Universidade de São Paulo, Lemos Editorial; 1994.

Barros MMM, Chagas MIO, Dias MAS. Saberes e práticas do agente comunitário de saúde no universo do transtorno mental. *Cienc Saúde Coletiva*. 2009;14(1):227-32.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem sub-judice. Taubaté: Cabral; 2001.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores [tese livre docência]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem; 2004.

Basaglia F. O circuito de controle: do manicômio à descentralização psiquiátrica. In: Amarante P, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005a. p. 237-57.

Basaglia F. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização: mortificação de liberdade do “espaço fechado”. In: Amarante P, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005b. p. 23-34.

Basaglia F. A utopia da realidade. In: Amarante P, organizador. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 225-36.

Bezerra B Jr. O cuidado no CAPS: os novos desafios. In: III Encontro dos Serviços de Atenção Psicossocial no Rio de Janeiro: o cuidado em sua dimensão ético, clínica e política [mimeo]. Rio de Janeiro: [editor desconhecido]; 2004.

Bichaff R. O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo [SP]: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Bleger J. Grupos operativos no ensino. In: Temas de Psicologia – entrevista e grupos. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 1989. p. 53-82.

Bogdan R, Biklen SK. Investigação qualitativa em educação – uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Ed.; 1994.

Bonet O, Tavares FRG. Redes em rede: dimensões intersticiais no sistema de cuidados à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes – práticas e avaliação, formação e participação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 385-99.

Borges CF. Políticas de saúde mental e sua inserção no SUS: a discussão de convergências e divergências e o resgate de alguns conceitos e valores pertinentes à reforma psiquiátrica [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios. Brasília: CONASS; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 1994.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Temário oficial final – Ementas dos eixos e sub-eixos elaborados pela comissão organizadora [online]. [acesso em 2010a jun 8]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/dados/271956217906Temario_Oficial.pdf

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 196. 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. [acesso em 2008 out 14]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso96.htm>

Brasil. Ministério de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão organizadora da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério de Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e saúde mental no Brasil. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização; 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2007b.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental em dados 7. Informativo eletrônico [periódico eletrônico]. 2010; 5(7). [acesso em 2010 maio 28]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde; 2007c.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília (DF): Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva; 2004b.

Caçapava JR, Colvero LA, Pereira IMTB. A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde. *Saúde Soc.* 2009;18(3):446-55.

Caio G. Il sostegno alla partecipazione delle reti sociali: per um recíproco investimento tra reti sociali e pubbliche istituzioni. *Animazione Soc.* 2009;34:20-30.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. As reformas, sanitária e psiquiátrica, mudando a atenção em saúde mental de Campinas/SP [mimeo]. Campinas (SP): Secretaria Municipal de Saúde; 2002 (mimeo). [acesso em 2007 jul 15]. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/425_faqs_campinas.PDF

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface – Comunic Saúde Educação.* 2007; 11(23):605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21(4):1260-8.

Campos FCB, Nascimento SPS. O apoio matricial: reciclando a saúde mental na atenção básica. *Cad IPUB.* 2007;8(24):91-9.

Campos FCB. Os desafios da gestão de redes de atenção em saúde mental para cuidar em liberdade. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília: Brasil. Ministério da Saúde; 2001. p. 46-51.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(2):399-407.

Campos GWS. Projeto Paidéia de saúde da família – Campinas 2001. In: *Saúde Paidéia.* 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 153-66.

Campos RO. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Cienc Saúde Coletiva.* 2005a;10(3):573-83.

Campos RTO, Furtado JP, Passos E, Ferrer AL, Miranda L, Gama CAP. Avaliação da rede de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(1):16-22.

Carlini-Cotrim B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Rev Saúde Pública* 1996;30:285-93.

Carvalho M, Leite JC, Seabra O. Território e sociedade: entrevista com Milton Santos. 2. ed. São Paulo: Ed. Fundação Perseu Abramo; 2001.

Cassandri JL. Contribuições da copa da Inclusão para a consolidação do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Castel R. A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Castel R. As armadilhas da exclusão. In: Castel R, Wanderley LE, Belfiore M., organizadores. Desigualdade e a questão social. São Paulo: EDUC; 1997. p.15-48.

Castel R. Da indigência à exclusão, a desfiliação precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: Lancetti A, organizador. Saudeloucura1. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 21-48.

Castro ED, Lima EMFA, Brunello MIB. Atividades humanas e terapia ocupacional. In: Bartalotti CC, De Carlos MMRP, organizadores. Terapia ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus Ed.; 2001. p. 41-59.

Cirino O. Diagnóstico e segregação. *Diálogos – álcool e outras drogas*. 2009;6(6): 32-5.

Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Apresentação. In: Figueiredo AC, organizador. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2008. p. 7-10.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2000. p. 141-68.

Dalgalarrodo P. Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: histórico e perspectivas atuais. *Rev Psiq Clín.* 2007;34(Supl 1):25-33.

Dall'Agnol CM, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. *Rev Gaucha Enf.* 1999;20(1):5-25.

Dalmolin BM. Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

De Vita L, Martini M. Il volo del cuculo – 1978-2008: tren'anni senza manicomi. Roma: Nutrimenti; 2008.

Del Barrio LR, Perron N, Ouellette JN. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R., editores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 125-51.

Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Cienc Saúde Colet.* 2009;14(1):1483-92.

Dell'Acqua G, Mezzina R. Il centro di salute mentale 24 ore come comunità terapeutica allargata: la riabilitazione e lo sviluppo di una rete partecipativa. In: Riabilitazione Psicossociale in Psichiatria. Ruole, Metodi, Strutture e Validazioni. Atti Del II Congresso Nazionale della Società di Riabilitazione Psicossociale, 8-10 Nov 1990, Forte Spagnolo, L'Aquila. [acesso 2008 maio 8]. Disponível em:
<http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/18csm24h.htm>

Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Amarante P, coordenadores. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* 2. Rio de Janeiro: Nau Ed.; 2005. p. 161-94.

Demo P. *Charme da exclusão social*. 2. ed. Campinas: Autores Associados; 2002.

Desviat M. *A reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

Dimenstein M, Brito MAM, Severo AKS, Cabral CMT, Alverga AR. Reinserção social e cotidiano de usuários de psicotrópicos. *Mnemosine*. 2006;2(2):130-49 [periódico eletrônico]. [acesso em 2009 set 18]. Disponível em:
<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/104/182>

Dimenstein M, Liberato M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cad Bras Saúde Mental*. 2009; 1(1) [online]. [acesso em 2010 mar 8]. Disponível em: http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/21_Magda_dimenstein.pdf

Dimenstein M, Severo AKS, Brito MAM, Pimenta AL, Medeiros V, Bezerra E. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Saúde Soc*. 2009;18(1):63-74.

Doimo AM, Rodrigues MMA. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização: entre uma conduta estatista e uma concepção societal de atuação política. *Polit Soc*. 2003;3:95-115.

Escritório das Nações Unidas sobre Drogas. Relatório mundial sobre drogas WDR 2009 – Referências ao Brasil [acesso em 2010 jul 7]. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/brazil/WDR2009/WDR_2009_Referencias_ao_Brasil.pdf

Faria RM, Bertolozzi A. Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema geografia da saúde no Brasil. *RA'E GA - o espaço geográfico em análise*. 2009;17:31-41 [periódico eletrônico]. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewFile/11995/10663>

Fernandes I. A dialética dos grupos e das relações cotidianas. In: Guimarães GD, organizador. *Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. p. 37-59.

Ferrara LDA. Do mundo como imagem à imagem do mundo. In: Santos M, Souza MAA, Silveira ML, organizador. *São Paulo: Hucitec/ANPUR/Annablume*; 1994. p. 45-50.

Ferraz ATR. O movimento popular de saúde de Campinas-São Paulo e sua contribuição para a política local de saúde. *Ser social*. 2009;11(25):103-30. [acesso em 2010 abr 9]. Disponível em: http://www.red.unb.br/index.php/ER_Social/article/viewFile/403/250

Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;24(3):180-7.

Figueiredo JA. Práticas e processos de trabalho no Centro de Atenção Psicossocial III: a perspectiva do campo psicossocial [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Figueiredo MD, Campos RO. Saúde mental na atenção básica à saúde de Campinas: uma rede ou um emaranhado? Cienc Saúde Coletiva. 2009;14(1):129-38.

Figueiredo MD, Santos DVD. A rede de saúde do município de Campinas (SP): peculiaridades e inovações. In: Campos RO, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Ed.; 2008.

Figueiredo MD. Saúde mental na atenção básica: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas (SP) [dissertação]. Campinas (SP): Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 14. ed. São Paulo: Contexto; 2006.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 8. ed. São Paulo: Ática; 2005.

Fleury S. Espaço, território e cidadania: a cidade dos cidadãos. In: Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, 16-18 de Setembro de 2004, Coimbra, Portugal. Coimbra: [editora desconhecida]; 2004. [acesso em 2010 jul 4]. Disponível em: <http://www.ces.uc.pt/lab2004/inscricao/pdfs/grupodiscussao4/SoniaFleury.pdf>

Fontes BASM. Redes sociais e enfrentamento do sofrimento psíquico: sobre como as pessoas reconstroem suas vidas. In: Fontes BASM, Fonte EMM, organizadores. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife (PE): UFPE; 2010. p. 355-88.

Fontes BASM. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. Polit Trab Rev Ciênc Soc. 2007(26): 87-104.

Francisco B. Terapia ocupacional. 4. ed. Campinas, SP: Papirus; 2005.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim-MG. In: Merhy EE, Magalhães Junior HM,

Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 37-54.

Freitas FFP, Ribeiro GA. Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia à Perúgia. *Estud Psicol.* 2006;11(3):307-14.

Furtado JP, Miranda L. O dispositivo “técnico de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicotiana. *Rev Latinoam Psicopatol Fund.* 2006;9(3):508-24.

Furtado JP, Nakamura E, Generoso CM, Guerra AMC, Campos FB, Tugny A. Inserção social e habitação: um caminho para a avaliação da situação de moradia de portadores de transtorno mental grave no Brasil. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2010;14(33):389-400.

Galassi AD, Elias PEM, Andrade AG. Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas–SP. *Rev Psiq Clinica.* 2008;35(supl. 1):2-7.

Galheigo SM. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev Terap Ocup USP.* 2003;14(3):104-9.

Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília: Liber Livro; 2005.

Gentile C, Pereira MAO. A doença mental: visão de pacientes psicóticos. *Cogitare Enf.* 2005;10(2):17-23.

Gil AC, Licht RHG, Santos BRM. Por que fazer pesquisa qualitativa em saúde? *Cad Pesq Cienc Saúde.* 2006;1(2):5-19.

Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.

Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. 7. ed. São Paulo: Perspectiva; 2003.

Goldberg J. Clínica da Psicose: um projeto na rede pública. Rio de Janeiro: Te Corá Ed./Inst Franco Basaglia; 1994.

Goldberg J. Cotidiano e instituição: revelando o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituição pública [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.

Goldberg J. Reabilitação como processo: o centro de atenção psicossocial – CAPS. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 33-47.

Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: Cadernos CEFOR – Textos 1. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde; 1992.

Gondim GMM, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter P, Navarro M, et al. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. Território, ambiente e saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.237-55.

Grando MK. Reuniões de equipe na estratégia saúde da família a partir do referencial pichoniano de grupo operativo [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2007.

Granjo MHB. Agnes Heller – filosofia, moral e educação. 3. ed. Petrópolis-RJ: Vozes. 2000.

Guimarães GTD. Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2002. O não-cotidiano do cotidiano, p. 11-25..

Guljor APF. Os centros de atenção psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Heller A. O cotidiano e a história. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.

Heller A. Sociologia de la vida cotidiana. 3. ed. Barcelona: Ed. Península; 1991.

Henry C. Brazil: two experiences with psychiatric deinstitutionalization, Campinas and Sobral. In: Almeida JMC, Cohen A, editors. Innovative mental health in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: PAHO; 2008. p. 33-43.

Jacques PB. Corpografias urbanas. In: IV Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura, Maio 2008, Salvador, Ba. Salvador: Faculdade de Comunicação; 2008.

Jardim K, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos projetos terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. *Texto Contexto Enferm*, 2009;18(2):241-8.

Jardim K, Dimenstein M. A crise na rede: o SAMU no contexto da Reforma Psiquiátrica. *Saúde em Debate*. 2008;32(78-80):150-60.

Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. *Psicologia em Revista*. 2007;13(1):169-90.

Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Heck RM, et al. Satisfação de usuários de centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2009a;43(Supl. 1):29-35.

Kantorski LP, Jardim VR, Wetzel C, Olschowsky A, Schneider JF, Resmini F, et al. Contribuições do estudo de avaliação dos centros de atenção psicossocial da região sul do Brasil. *Cad Bras de Saúde Mental*. 2009;1(1):1-9. [periódico eletrônico]. [acesso em 2010 maio]. Disponível em: http://www.cbsm.org.br/artigos/artigos/20_Luciane_Kantorski.pdf

Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-9.

Kinoshita RT. Em busca da cidadania. In: Campos FCB, Henrique CMP, organizadores. *Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos*. São Paulo: Página Aberta; 1996. p. 39-49.

Koda M. A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU; 2003. p. 67-87.

Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, coordenadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Editora Fiocruz; 2006. p. 615-34.

Lancetti A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec; 2006.

Larroba C, Botega NJ. Hospitais gerais filantrópicos: novo espaço para a internação psiquiátrica. *Rev Saúde Pública*. 2006;40(6):1042-8.

Leal EM, Delgado PGG. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: Pinheiro R, Guljor AP, Silva Junior AG, Mattos RA,

organizadoras. Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/Lappis-Abrasco; 2007.

Leal EM. Psicopatologia do senso comum: uma psicopatologia do ser social. In: Filho JFS, organizador. Psicopatologia hoje. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria; 2007. p. 63-80.

Leal EM. Trabalho e reabilitação psiquiátrica fora do contexto hospitalar. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2008. p.11-22.

Leão A. As práticas de inclusão social: o desafio para os serviços de saúde mental [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Lima CM, Lima CAS, Paravidini JLL. Por uma clínica antimanicomial em saúde mental: passes e impasses. In: XV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social. Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos. 30 out-2 nov 2009, Maceió, AL. Anais... Maceió, AL: ABRAPSO; 2009.

Lima M, Jucá V, Nunes M. Tecnologias de cuidado em saúde mental em Centros de Atenção Psicossocial na Bahia e em Sergipe, Brasil. In: Fontes BASM, Fonte EMM, organizadores. Desinstitucionalização, redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Recife (PE): UFPE; 2010. p. 255-88.

Lima RCG, Severo DO, Verdi MIM, Da Ros MA. A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da bioética cotidiana. Saúde Sociedade. Saúde Soc. 2009;18(1):118-30.

Lobosque AM. Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond; 2003. Trabalhadores dos serviços públicos de saúde mental: dos nossos recursos, p. 171-80.

Lobosque AM. Nem a fuga da teoria, nem o medo da invenção. In: Campos FB, Lancetti A, organizadores. SaúdeLoucura 9: experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 255-72.

Lobosque AM, Souza ME, organizadoras. Atenção em saúde mental. Belo Horizonte (MG): Secretaria de Estado de Saúde; 2006.

Lopes RE, Leão A. Terapeutas ocupacionais e os centros de convivência e cooperativas: novas ações de saúde. *Rev Terap Ocup USP*. 2002;13(2): 57-62.

Lora A. An overview of the mental health system in Italy. *Ann Ist Super Sanità*. 2009; 45(1):5-16.

Lucchese R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Rev Eletron Enferm*. 2007;9(3):796-805. [acesso em 2010 jan 17]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a18.pdf>

Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento da luta antimanicomial no Brasil. *Cienc Saúde Colet*. 2007;12(2):399-407.

Luzio CA, L'Abbate S. A atenção em saúde mental em municípios de pequeno e médio porte: ressonâncias da reforma psiquiátrica. *Cienc Saúde Colet*. 2009; 14(1):106-16.

Luzio CA, L'Abbate S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2006;10(20):281-98.

Macedo LC, Larocca LM, Chaves MMN, Mazza VA. Análise do discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2008;12(26): 649-57.

Mainardi P. Il processo territoriale. In: Erba P, Mainardi P, Marini F, organizadores. *Terre in movimento – lo sviluppo di un processo locale per la salute mentale territoriale*. Milano: Franco Angeli; 2005. p. 87-97.

Marcos CM. A invenção do cotidiano e a clínica possível nos “Serviços Residenciais Terapêuticos”. *Psychê*. 2004;8(14):179-90.

Marsili M. A 30 anni dalla riforma: gli effetti della legge 180, limiti e pregi, differenze regionali nell'applicazione. Trieste: Dipartimento di Salute Mentale; 2009.

Marx K. Processo de trabalho e processo de valorização. In: Marx K. *O Capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural; 1985. v. 1.

Marzano MLR, Sousa CAC. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto Contexto Enferm*. 2004;13(4):577-84.

Melman J. Centro de atenção psicossocial: a metamorfose como estratégia. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 1992;3(1/2):54-9.

Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. 2. ed. São Paulo: Escrituras; 2006.

Mendes EV. Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde [online]. [acesso em 2010 ago 24]. Disponível em: http://www.saude.es.gov.br/download/REVISAO_BIBLIOGRAFICA SOBRE AS REDES DE ATENCAO A SAUDE.pdf

Merhy EE. Os CAPS e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Merhy EE, Amaral H, organizadores. *A reforma psiquiátrica no cotidiano II*. São Paulo: Hucitec; 2007. p. 55-66.

Mesquita Z. Cotidiano ou quotidiano? In: Mesquita Z, Brandão CR (org.). *Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares e experiências*. Santa Cruz do Sul (RS): UNISC; 1995. p. 12-26.

Mielke FB, Kantorski LP, Jardim VMR, Olschowsky A. Avaliação de um serviço substitutivo em saúde mental. *Cogitare Enferm*. 2009;14(1):52-8.

Milhomem MAGC, Oliveira AGB. O trabalho em equipe nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. *Cogitare Enferm*. 2007;12(1):101-8.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 1998.

Mondoni D, Costa-Rosa A. Reforma Psiquiátrica e Transição Paradigmática no Interior do Estado de São Paulo. *Psicol Teoria Pesq*. 2010;26(1):39-47.

Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.

Moreira A, Hora APM, Guimarães MC. Atenção domiciliar: uma tecnologia de cuidado em saúde mental. *In-tensa. Ex-tensa*. 2007;1(1): 136-140. [acesso

em 2009 ago 8]. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/ntesaextensa%283%29.pdf>

Moreira V, Melo AK. “Minha doença é invisível!”: revisitando o estigma de ser doente mental. *Interação em psicol.* 2008;12(2):307-14.

Musse LB. Políticas públicas em saúde mental no Brasil na perspectiva do biodireito: as experiências dos Estados de Minas Gerais e São Paulo sob a égide da Lei 10.216 e suas implicações [tese]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Direito; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2006.

Nascimento AF, Galvanese ATC. Avaliação da estrutura dos Centros de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, SP. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(supl.):8-15.

Nascimento BA. O mito da atividade terapêutica. *Rev Terap Ocup USP.* 1990; 1(1):17-21.

Nascimento CC. Apoio matricial em saúde mental: possibilidades e limites no contexto da Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Nicácio F, Campos GWS. Afirmação e produção de liberdade: desafio para os centros de atenção psicossocial. *Rev Terap Ocupac USP.* 2007;18(3):143-51.

Nicácio F, Campos GWS. A complexidade da atenção às situações de crise – contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Rev Terap Ocup USP.* 2004;15(2):71-81.

Nicácio F, Campos GWS. Instituições de “portas abertas”: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. *Rev Terap Ocup USP.* 2005;16(1):40-6.

Nicácio MFS. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1994.

Nicácio MFS. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nicácio MFS, Amarante P, Barros DD. Postfazione – I movimenti per La salute mentale in Brasile dagli anni ottanta. In: Basaglia F, organizzador. Conferenze brasiliane. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000. p. 233-57.

Nogueira VMR, Pires DEP. Direito à saúde: um convite à reflexão. Cad Saúde Pública. 2004; 20(3):753-60.

Nunes M, Jucá VV, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad Saúde Pública. 2007;23(10):2375-84.

Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Neto VM, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um centro de assistência psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008; 24(1):188-96.

Nunes M, Torrenté M. Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. Rev Saúde Pública. 2009; 43(supl.1):101-8.

Ogino TA. A relevância dos serviços abertos e humanizados da reforma psiquiátrica e de suporte solidário de profissionais comprometidos. In: Vasconcelos EM, Weingarten R, Leme CCCP, Novaes PR, organizadores. Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro, São Paulo: EncartArte-Hucitec; 2005. p. 101-128.

Oliveira AGB. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007;10(4): 674-702.

Oliveira FM. Território da vida: um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2004.

Oliveira WF. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. Saúde Debate. 2008;32(78-80):38-48.

Oliver FC, Nicácio F. Da instituição asilar ao território: caminhos para produção de sentido nas intervenções em saúde. Rev Terap Ocup USP. 1999;10 (2/3):60-8.

Omizzolo JAE. O principio da integralidade na visita domiciliar: um desafio do enfermeiro do Programa de Saúde da Família [dissertação]. Florianópolis

(SC): Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS; 2002.

Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [tese]. Salvador, Ba: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2007.

Passos ICF. Criando redes de ensino, intervenção e pesquisa na saúde mental em sua interface com a saúde coletiva. Cad Bras Saúde Mental. 2009; 1(1) [periódico eletrônico]. [acesso em 2010 fev 15]. Disponível em: <http://www.cbsm.org.br/artigos>.

Passos ICF. Políticas e práticas de cuidado em saúde mental: experiências e “modelos” em discussão [tese]. São Paulo (SP): Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2000.

Patto MHS. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. Perspectivas. 1993;16:119-41.

Pereira MPB, Barcellos C. O território no Programa de Saúde da Família. Hygeia. Jun 2006;2(2):47-55.

Pinho LB, Hernández AMB, Kantorski LP. Serviços substitutivos de saúde mental e inclusão no território: contradições e potencialidades. Cienc Cuid Saúde. 2010; 9(1):28-35.

Pitta A. Reorientação do modelo de atenção: equidade e justiça social na organização de serviços de saúde mental. In: III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno de textos [online]. [acesso em: 2010]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/vs/publicacoes/3conf_mental.pdf.

Queiroz MS, Delamuta LA. Saúde mental e trabalho interdisciplinar: a experiência do “Cândido Ferreira” em Campinas. Cienc Saúde Coletiva. 2010 [no prelo]. [acesso em 2010 jul 26]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=5375.

Quinderé PHD, Sales FDA, Albuquerque RA, Jorge MSB. A convivência entre os modelos asilar e psicossocial: saúde mental em Fortaleza, CE. Saúde Debate. 2010; 34(84):137-47.

Quintas RM. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2007.

Quintas RM, Amarante P. A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial em sua natureza substitutiva. *Saúde Debate*, 2008;32(78-80):99-107.

Ramminger T. Saúde do trabalhador de saúde mental: uma revisão dos estudos brasileiros. *Saúde Debate*. 2008;32(78-80):60-71.

Resende H. Políticas de Saúde no Brasil: uma visão histórica. In: *Cidadania e Loucura – políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes; 1987. p. 15-74.

Ribeiro RCF. Oficinas e redes sociais na reabilitação psicossocial. In: Costa CM, Figueiredo AC, organizadoras. *Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania*. Rio de Janeiro: Contra Capa; 2008.

Ribeiro WC. "Globalização e geografia em Milton Santos". In: *El ciudadano, la globalización y la geografía. Homenaje a Milton Santos*. Scripta Nova. *Rev electrón geogr cienc soc* sept 2002;6(124). [periódicos eletrônico]. [acesso em: 2010 set.]. Disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-124.htm>.

Rodrigues RC, Marinho TPC, Amorim T. Reforma Psiquiátrica e inclusão social pelo trabalho. *Cienc Saúde Coletiva*. 2010;15(supl. 1):1615-25.

Romagnoli RC. A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesq Pratic Psicossoc*. 2006;1(2):1-15. [acesso em 2010 mar 9]. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalapip/RobertaRomagnoli.pdf>.

Romagnoli RC. Breve estudo institucionalista acerca do Programa de Saúde da Família. *Saúde Soc*. 2009;18(3):525-36.

Rossler JH. O desenvolvimento do psiquismo na vida cotidiana: aproximações entre a psicologia de Aléxis N. Leontiev e a teoria da vida cotidiana de Agnes Heller. *Cad Cedes*. 2004;24(62):100-16. [acesso em 2007 jun 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ccedes/24n62/20094.pdf>.

Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-59.

Rotelli F. Formação e construção de novas instituições em saúde mental. In: Amarante P, Cruz LB, organizadores. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: LAPS; 2008. p. 37-50.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio F, organizadora. Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 89-99.

Rotelli F. Re-habilitar la re-habilitación. 1993. [acesso em: 2005 jun 1]. Disponível em: http://www.exclusion.net/images/pdf/47_comoq_riabilitare_es.pdf.

Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p. 149-169.

Sales ALLF, Dimenstein M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicol Cienc Profissão*, 2009; 29(4):812-27.

Salles M. Internação em hospital psiquiátrico: o (des)caminho para vivência do cotidiano e da inserção social [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Santos DVD. Uso de psicotrópicos na atenção primária no distrito sudoeste de Campinas e sua relação com os arranjos da clínica ampliada: uma pedra no sapato [dissertação]. Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade Estadual de Campinas; 2009.

Santos JM, Moreira WC Jr. A assistência domiciliar no âmbito do cuidado à saúde mental. *In-tensa. Ex-tensa*. 2007;1(1): 125-135. [acesso em 2009 ago 8]. Disponível em: <http://picica.dominiotemporario.com/intensaextensa%283%29.pdf>

Santos M. O espaço do cidadão. 7. ed. São Paulo: Edusp; 2007.

Santos M. O lugar e o cotidiano. In: A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp; 2009a. p. 313-30.

Santos M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção. 4. ed. São Paulo: Edusp; 2009b. Por uma geografia das redes, p. 261-79.

Santos M. Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia. 6. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

Santos M. Técnica, espaço, tempo: globalização e meio técnico-científico-organizacional. 5. ed. São Paulo: Edusp; 2008a.

Saraceno B, Ascoli F, Tognoni G. Manual de saúde mental – guia básico para atenção primária. São Paulo: Hucitec; 1997.

Saraceno B. A cidadania como forma de tolerância. Conferência. Rio de Janeiro, 1998.

Saraceno B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. Rev Terap Ocup USP. 1998a;9(1):26-31.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Cora; 1999.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001a. p. 13-8.

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma prática a espera de teoria. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 150-4.

Schneider JF, Souza JP, Nasi C, Camatta MW, Machineski GG. Concepção de uma equipe de saúde mental sobre interdisciplinaridade. Rev. Gauch Enferm. 2009; 30(3):397-405.

Seminario Regionale Microwin, 19- 20 gennaio 2007. Progetto Microwin-Microaree. Azienda per i Servizi Sanitari n° 1 Triestina. Trieste; 2007.

Silva ALA, Fonseca RMGS. Os nexos entre a concepção do processo saúde/doença e as tecnologias de cuidado. Rev latino-am enfermagem. 2003; 11(6):800-6.

Silva ALA, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev latino-am enfermagem. 2005;13(3):441-9.

Silva ATMC, Barros S, Oliveira MAF. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. Rev Esc Enferm USP. 2002; 36(1):4-9.

Silva JPL, Tavares CMM. Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde Debate*. 2003; 27(65):290-301.

Silva JPV, Pinheiro R, Machado FRS. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde Debate*. 2003; 27(65):234-42.

Silva LCL. O lugar dos hospitais psiquiátricos no município de São Paulo frente ao processo de reestruturação do modelo de assistência psiquiátrica no Brasil pela voz dos trabalhadores [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Silva MBB. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis: Rev Saúde Colet*. 2005;15(1):127-50.

Silva MBB. Reforma, responsabilidades e redes: sobre o cuidado em saúde mental. *Cienc Saúde Colet*. 2009; 14(1):149-58.

Silva MBB. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a produção de engajamento, implicação e vínculo nas práticas de atenção psicossocial [dissertação]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2004.

Silveira DP, Vieira ALS. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cienc Saúde Colet*. 2009;14(1):139-48.

Singer P. A economia solidária e a dimensão social da saúde. In: Justo MG, organizador. *Invenções democráticas: a dimensão social da saúde*. Belo Horizonte: Autêntica; 2010. p. 83-7.

Soares SRR, Toyoko S. O Centro de Atenção Psicossocial sob a ótica dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2006 Dez 14(6): 923-929 [periódico eletrônico]. [acesso em 2010 mar 2]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000600014&lng=pt

Souza MAA. Apresentação Milton Santos, um revolucionário. OSAL, Observatorio Soc Amér Latina. 2005;6(16):251-4 [periódico eletrônico]. [acesso em 2010 mar. 2]. Disponível em: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>

Storfjell JL, Brigell E, Christiansen K, McDevitt J, Miller A, Snyder M, et al. Specialty home care service for individuals with serious mental illness. *Home Health Care Manage Pract*. 2008; 21(23):22-32. [Acesso em 2010 ago11]. Disponível em: <http://hhc.sagepub.com/content/21/1/23>.

Tavares RC, Sousa SMG. O usuário de CAPS: quem é esse sujeito? *Rev Psicol Saúde*. 2009;1(1):40-9.

Thornicroft G, Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. Barueri, SP: Manole; 2010.

Thornicroft G, Tansella M. Quais são os argumentos a favor da atenção comunitária à saúde mental? *Pesq Pratic Psicossoc*. 2008;3(1):9-25.

Tófoli LF, Fortes S. Apoio matricial de saúde mental na atenção primária de Sobral, CE: o relato de uma experiência. *Sanaré*. 2007;6(2):15-23.

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silva RA, Gonçalves H, et al. Efetividade dos Centros de Atenção Psicossocial no cuidado a portadores de sofrimento psíquico em cidade de porte médio do Sul do Brasil: uma análise estratificada. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(4):807-15.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, construção comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

Valentini WAH Jr, Vicente CM. A reabilitação psicossocial em Campinas. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 48-54.

Vasconcelos EM, organizador. *Abordagens psicossociais volume I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec; 2008a.

Vasconcelos EM, organizador. *Abordagens psicossociais volume II: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008b.

Vasconcelos EM. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. In: *IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial*, 27 jun-1 jul. 2010, Brasília, DF. [online]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Disponível em:

<http://www.ccs.saude.gov.br/saudemental/textosIVconferencia.php>

Venturini E. O caminho dos cantos: morar e intersectorialidade na saúde mental. In: II Encuentro Nacional de los Residenciales Terapéuticos y del Programa de Volta Para Casa. 2010. Porto Alegre, RS. [acesso em 2010 jun 7]. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caminhodoscantos.pdf>

Vianna PC de M, Barros S. A análise do discurso: uma revisão teórica. Rev Min Enf, 2003; 7(1):56-60.

Vieira Filho NG, Nóbrega SM. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. Estud Psicol (Natal). 2004; 9(2): 373-9.

Wash F. Educação física e saúde mental: uma prática de cuidado emergente em centros de atenção psicossocial [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Educação Física, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.

Westphal MF, Bógus CM, Faria M de M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam. 1996; 120(6): 472-82.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2006.

Yasui S, Costa-Rosa A. A estratégia atenção psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de saúde mental. Saúde em Debate. 2008;32(78-80):27-37.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I. Dados sobre a pesquisa

Título da Pesquisa: *Ações territoriais na saúde mental: subsídios para a ressignificação do cotidiano*.

Pesquisadoras: Adriana Leão, aluna do Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, sob orientação da Profa. Dra. Sônia Barros, professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

II. Registro das explicações do pesquisador ao sujeito sobre a pesquisa:

A pesquisa tem como objeto de estudo as práticas no território enquanto uma prática cotidiana do serviço de saúde mental - CAPS e a finalidade é caracterizar a tecnologia das ações territoriais e promover a sua reprodução por meio de divulgação dos resultados do estudo. Para tanto, elegemos como objetivos: identificar as ações territoriais realizadas pelos serviços, suas propostas e objetivos; compreender a representação da equipe multiprofissional sobre serviço de saúde mental de base territorial; analisar o impacto das ações territoriais para os usuários e comunidade que tenham sido alvo dessas intervenções por parte do serviço de saúde mental de base comunitária e contribuir com as políticas públicas de saúde mental indicando as características de um serviço territorial. Para tanto, serão realizadas entrevistas individuais com o articulador de saúde mental do município de Campinas, o coordenador e usuários do CAPS, membros da comunidade e sessões de grupo focal com os profissionais do CAPS. Assim, solicitamos que você responda algumas questões.

Você é livre para expressar suas idéias. Você poderá fazer qualquer questionamento acerca do estudo e sobre sua participação nele, se você tiver alguma dúvida procurarei esclarecê-lo em qualquer fase da pesquisa. A sua participação é voluntária, você não é obrigado a participar do estudo. Você tem o direito de sair da pesquisa em qualquer etapa e em momento algum isto lhe trará prejuízos. Os dados da presente pesquisa serão registrados e gravados; posteriormente transcritos, lidos e analisados, mas o seu nome não constará dos registros. Sua identidade não será revelada nem mesmo na fase de conclusão e publicação do estudo. Todos os dados relativos ao estudo serão coletados e guardados em local seguro.

III. Esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre garantias do sujeito da pesquisa:

Seus direitos abaixo relacionados serão assegurados:

- Acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
- Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.
- A entrevista será gravada em fita cassete e transcrita e quando a pesquisa for divulgada não haverá a sua identificação pessoal, garantindo assim a confidencialidade, o sigilo e a privacidade.

IV. Consentimento Pós Informado

Eu, Sr.(a) _____, declaro que estou ciente dos objetivos e procedimentos da pesquisa, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, cedo os direitos de minha entrevista (individual ou coletiva), que será gravada e posteriormente transcrita, para ser utilizada integralmente ou em partes, sem restrições de citações. Assim sendo, declaro o meu consentimento em participar desta pesquisa.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo, em duas vias, sendo que uma via ficará com a pesquisadora e a outra com o participante da pesquisa.

Campinas/SP, _____ de _____ de 2009

Assinatura do Participante

Adriana Leão

Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP: (11) 3061-7548
Telefones para contato com a pesquisadora: (19) 3308-2201 e (19) 8125-9400

APÊNDICE 2 – Roteiro de Entrevista: Articulador de Saúde Mental do Município

Roteiro de Entrevista: Articulador de Saúde Mental do Município

1. O que considera como ações territoriais na saúde mental desenvolvidas pelos serviços substitutivos?
2. Em sua opinião, dentre os CAPS existentes na cidade de Campinas para atendimento de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, qual deles desenvolve a organização do serviço com mais enfoque intervenções no território?

APÊNDICE 3 – Roteiro de Entrevista: Coordenador do CAPS

Roteiro de Entrevista: Coordenador do CAPS

1. No projeto institucional estão contempladas ações no território?
Qual a importância dessas ações para o serviço?
2. Quais atividades desenvolvidas você identifica como intervenções no território?
3. Dentro da equipe quais profissionais encontram-se envolvidos diretamente com essas atividades?

APÊNDICE 4 – Roteiro de Entrevista: Usuários do CAPS

Roteiro de Entrevista: Usuário

1. Como você vê o tratamento recebido no CAPS?
Dê um exemplo de situação que retrata como você vê o CAPS.
2. Conte uma situação que você vivenciou com algum profissional fora do CAPS, na comunidade.
3. O que modificou no dia a dia a partir da intervenção e presença do profissional na comunidade? Descreva alguma experiência.
4. Notou alguma diferença na forma como as pessoas da comunidade de forma geral o tratam, após começar o tratamento no CAPS?

APÊNDICE 5 – Roteiro de Entrevista: Não usuários do CAPS

Roteiro de Entrevista: Não usuário

1. Relate uma situação significativa de convivência/vivência com usuário do CAPS.
2. Notou alguma modificação na sua forma (ou de outras pessoas) de relacionar/conviver com as pessoas com transtornos mentais após intervenção dos profissionais ou presença do CAPS neste local?

Se sim, o que mudou, poderia exemplificar?

APÊNDICE 6 – Roteiro para Observação Simples

Roteiro: Observação Simples

Observação de situação de intervenção no território

Data: ____/____/____

Situação de observação:

Objetivo da intervenção:

Caracterização dos sujeitos da intervenção (quem são os participantes, como se relacionam entre si):

Caracterização do ambiente da observação (onde as pessoas estão localizadas, quais as características desse local):

Descrição e comentários dos eventos mais relevantes durante a observação (o que ocorre em termos sociais, o que os sujeitos fazem, como e com quem)

APÊNDICE 7 – Roteiro das Sessões de Grupo Focal

Roteiro: Grupo Focal

1ª Sessão

Aquecimento: *definição individual de território - o que significa território no contexto da saúde mental para cada um – o que vem a cabeça quando se fala em território?*

Tema: Território: as ações territoriais e o cotidiano do serviço

- Ações identificadas como intervenção no território – propostas e objetivos.
- Importância, significado das ações territoriais no cotidiano de trabalho no CAPS.

2ª Sessão:

Aquecimento: *o que o grupo entende por serviço de saúde mental de base territorial (representação com recorte e colagem e conceituação).*

Tema: Território: as dificuldades enfrentadas, limites e as mudanças concretas na vida cotidiana dos atores envolvidos

- As dificuldades enfrentadas e aspectos limitantes para realização de ações territoriais.
- Impacto na vida das pessoas envolvidas (usuários e comunidade): modificações concretas observadas na vida cotidiana dos usuários e nas formas de relacionamentos a partir das intervenções territoriais.
- Indicações usuários, pessoas da comunidade e situação de observação para continuação da coleta de dados.

ANEXO 1 – Parecer do Comitê de Ética da EEUSP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone: 3061-7548 - Fax: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail: edipeaq@usp.br

São Paulo, 8 de julho de 2008.

Il.^{ma} Sr.^a
Adriana Leão

Ref.: Processo nº 746/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora:

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "**Ações territoriais na saúde mental: subsídios para a resignificação do cotidiano**", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fátima Prado Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 – Pedido de Autorização Institucional

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7802 - Fax: (011) 3061-7815
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: enpe@usp.br

São Paulo, 01 de julho de 2008.

Autorização institucional

Prezado Senhor:

Vimos solicitar autorização para Adriana Leão, aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, realizar a pesquisa intitulada "*Ações territoriais na saúde mental: subsídios para a resignificação do cotidiano*" (título provisório), para a obtenção de título acadêmico, nível doutorado.

Na oportunidade, esclarecemos que a pesquisa será realizada inicialmente com a coordenadora de saúde mental do município, com os profissionais que compõe a equipe multiprofissional do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS e usuários do serviço, além de membros da comunidade indicados pelos profissionais.

A pesquisa tem por finalidade caracterizar a tecnologia das ações territoriais e promover a sua reprodução por meio de divulgação dos resultados do estudo.

O objetivo geral deste estudo é conhecer a proposta de ação territorial e o projeto institucional do serviço de saúde mental e analisar o impacto dessas ações no cotidiano do usuário e da comunidade, relacionando-o com as possibilidades para estimular os processos de inclusão social, tendo como objeto as intervenções no território enquanto uma prática cotidiana do serviço de saúde mental de base comunitária. Especificamente pretende-se: 1. identificar as ações territoriais realizadas pelos serviços, suas propostas e objetivos; 2. compreender a representação da equipe multiprofissional sobre serviço de saúde mental de base territorial; 3. analisar o impacto das ações territoriais para os usuários e comunidade que tenham sido alvo dessas intervenções por parte do serviço de saúde mental de base comunitária; 4. contribuir com as políticas públicas de saúde mental indicando as características de um serviço territorial.

Esclarecemos, ainda, que o Projeto foi aprovado em Exame de qualificação em 05/05/2008 e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem.

Agradecendo antecipadamente, colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos que forem necessários.

Prof.ª Dr.ª Rônia Barros
Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil
e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

H.^{ma} Sr.
José Kerr Saraiva
Secretário Municipal de Saúde de Campinas

Recebi
03/07/08
Jomayla

ANEXO 3 – Autorização Institucional

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Saúde

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a realização da Pesquisa, em nível de Doutorado, intitulada **“AÇÕES TERRITORIAIS NA SAÚDE MENTAL: SUBSÍDIOS PARA A RESSIGNIFICAÇÃO DO COTIDIANO”**, que tem por objetivos identificar as ações territoriais realizadas pelos serviços, suas propostas e objetivos; compreender a representação da equipe multiprofissional sobre serviço de saúde mental de base territorial; analisar o impacto das ações territoriais para os usuários e comunidade que tenham sido alvo dessas intervenções por parte do serviço de saúde mental de base comunitária e contribuir com as políticas públicas de saúde mental indicando as características de um serviço territorial.

Declaro estar ciente que a pesquisa, já aprovada pelo Comitê de Ética da USP, será desenvolvida por pesquisadora/estudante de Pós-Graduação em nível de doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, junto aos coordenadores dos CAPS e coordenadora da área Técnica de Saúde mental no município de Campinas, , sob a orientação da Professora Doutora Sônia Barros.

Campinas, 23 de julho de 2008

Dr. JOSÉ FRANCISCO KERR SARAIVA
Secretário Municipal de Saúde.

ANEXO 4 – Conclusão do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior (PDEE)

*Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Setor Bancário Norte, Quadra 2, Bloco L, Lote 06
Caixa Postal 250
70040-020 – Brasília, DF
Brasil*

Ilmo(a) Sr(a)
Prof. Armando Corbani Ferraz
Pró-Reitor de Pós-Graduação
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Rua da Reitoria, 109 São Paulo - SP
05508900

Brasília, 19 de Novembro de 2009

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que **ADRIANA LEÃO** - Processo BEX: 0350/09-5, ex-bolsista do Programa de Doutorado no Brasil com Estágio no Exterior - PDEE, vinculado(a) à vossa Instituição, concluiu as atividades e prestou as devidas contas por meio do envio dos documentos referentes ao período de permanência no exterior.

Contudo, para encerramento do processo, aguardaremos o envio, no prazo de até 60 dias após o término do doutorado, da cópia da Ata de defesa da tese.

Esclarecemos que esse documento deve ser encaminhado para a Capes, pelo(a) aluno(a), por meio do seu processo eletrônico, em:

<http://sacexterior.capes.gov.br/SACExterior/>

Informamos, ainda, que cópia desta carta foi enviada ao(a) ex-bolsista.

Atenciosamente,

MARIA LUIZA DE SANTANA LOMBAS
Coordenadora Geral de Bolsas no Exterior