

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E TECNOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL

**O PROCESSO DE “ALTA” DOS USUÁRIOS DO CAPS ESCOLA:
CONTRIBUIÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
PELOTAS.**

Pelotas

2017

DULCE PINHEIRO BERNDT

**O PROCESSO DE “ALTA” DOS USUÁRIOS DO CAPS ESCOLA:
CONTRIBUIÇÕES PARA A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM
PELOTAS.**

Dissertação de mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Política Social e Direitos Humanos da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial de avaliação do Mestrado em Política Social e Direitos Humanos

Orientadora: Professora Dr^a Cristine Jaques Ribeiro

Pelotas
2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B524p Berndt, Dulce Pinheiro

O processo de “alta” dos usuários do CAPS Escola: contribuições para a reforma psiquiátrica em Pelotas. / Dulce Pinheiro Berndt. – Pelotas: UCPEL, 2017.

142 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pelotas, Mestrado em Política Social e Direitos Humanos, Pelotas, BR-RS, 2017. Orientadora: Cristine Jaques Ribeiro.

1. Reforma psiquiátrica. 2. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). 3. “alta” do paciente. 4. serviços de saúde mental. I. Ribeiro, Cristine Jaques, or. II. Título.

CDD 616.89

DEDICATÓRIA

Para todos aqueles que lutam por uma sociedade mais justa e sem preconceitos, pela luta antimanicomial, pela reforma psiquiátrica.

Ao Grupo “Los Lokos”.

AGRADECIMENTOS

Acredito que nada nessa vida construímos sozinhos, e este trabalho também não foi. Nesse momento tão especial e singular muitas são as pessoas que merecem meus agradecimentos. Saibam que sozinha não teria conseguido vencer mais essa etapa da minha vida. Acredito que as palavras se tornam pequenas perto das sensações que sentimos, porém elas são importantes para serem registradas. Por isso agradeço:

Primeiramente a Deus, que me deu forças na hora do desespero e das angústias, foi Ele que me deu forças nas horas mais difíceis e pôs serenidade em meu coração, pois: “Posso todas as coisas naquele que me fortalece” (Filipenses, 4:13).

À minha mãe Maria, mulher que mais admiro! Tu és essencial na minha vida, minha grande e especial amiga, que sempre esteve comigo em todos os momentos, que muito me ouviu, apoiou, orientou e sempre me incentivou a nunca desistir dos meus sonhos, dando um belo exemplo de coragem, luta e fé.

Agradeço ao meu Pai Gilberto que sempre orgulhoso, com seu jeito calmo nos passava tranquilidade e mostrando-me que na vida nem tudo acontece da forma como gostaríamos que fosse, mas as coisas simplesmente acontecem, e precisamos ser humildes para aceitarmos o que não podemos modificar.

Aos meus irmãos, Antonio Augusto e Luiz Felipe! Mano e Lu obrigado pelas vezes em que passaram comigo conversando a respeito da minha dissertação, dividir minhas angústias e ansiedades com vocês me fez ter ânimo para continuar. São tantas brigas, conversas, desentendimentos, que só me fazem crescer e nos unir ainda mais. Amo Muito Vocês!

Mauricio, obrigado pelo teu amor. Nesses dois anos que estamos juntos aprendi muito contigo. O teu acolhimento nas angústias, desânimos e tristezas fizeram-me acreditar que daria certo. Te amo!

Ao Leonardo, um amigo que durante os anos foi se tornando como um irmão, compartilhando os momentos especiais.

Adrielle, querida! Agradeço pela tua amizade, mesmo que distantes muitas vezes, posso contar contigo. Adoro tu!

Marilus e Mauro, obrigada por seu carinho e afeto, compartilhando momentos difíceis, mas felizes também, tornando a caminhada mais leve e suave.

Não posso deixar de agradecer a professora Andrea Heidrich, pessoa que despertou em mim a paixão por essa luta antimanicomial. Agradeço por todas as vezes de incentivo e

compartilhar comigo toda experiência e sabedoria adquirida. Fostes uma pessoa que me ensinou muito sobre a atuação profissional na Saúde Mental. Só tenho a agradecer pelos momentos de aprendizado e pela paixão que tens por essa luta, precisamos de mais “mentaleiras” como tu.

À minha querida orientadora Cristine Jaques Ribeiro, que sempre depositou confiança nas minhas escritas, pela pessoa generosa e sensível que é capaz de sempre nos surpreender com sua consideração e carinho. Por sempre ter dedicado seu tempo para orientação, escuta e conselhos, para além das relações acadêmicas, me ensinado o modo de cuidar do outro, ensinamento este traduzido em suas práticas de cuidado carinho e atenção.

As professoras Dra. Ariane Guedes e Dra. Mara Medeiros, por contribuírem e enriquecerem meu trabalho na qualificação, tornando-o motivo de muito prazer nessa caminhada.

Aos colegas de mestrado pelos momentos de aprendizado.

Em especial à Fernanda Machado, que até o último momento veio me apoiando e incentivando, obrigada pelo carinho. Também agradeço à colega Clarissa Bittencourt, que sempre estava me apoiando antes mesmo de estar no mestrado. Obrigada gurias.

Agradeço a Universidade Católica de Pelotas, que através da bolsa Dom Antônio Zattera, fazendo com que pudesse realizar este mestrado em Política Social.

A todos os profissionais do CAPS Escola, a acolhida, os momentos de troca e reflexão e a possibilidade de realização deste trabalho.

Ao Grupo “Los Lokos”, com vocês aprendo muito sobre a vida, como deixar leve as relações cotidianas, pela musicalidade e afeto, obrigada por essa troca, por me acolherem, por permitir conhecer suas vidas.

Agradeço também a todos que não mencionei aqui, mas que passaram por meu caminho e me trouxeram algum aprendizado e contribuíram para o meu crescimento pessoal, intelectual e profissional. Enfim, agradeço a todos por acreditarem no meu potencial, na minha profissão, nas minhas ideias, principalmente, quando nem eu mais acreditava.

Muito obrigada!

RESUMO

Esta dissertação objetiva identificar as implicações que a “alta” dos usuários do CAPS Escola, enquanto um processo de cuidado está trazendo para o movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas. O estudo é resultado de uma pesquisa qualitativa com os profissionais, usuários e familiares do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Escola da cidade de Pelotas-RS. O trabalho relata como a loucura era tratada em diversos períodos da história, oferece um panorama geral dos desafios e avanços das Reformas Sanitária e Psiquiátrica no âmbito da Política de Saúde brasileira traçando a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus desafios. Abordo, também, o movimento da Reforma Psiquiátrica em Pelotas, e a realidade do CAPS Escola. Por fim, traz os resultados da pesquisa realizada problematizando o termo “alta”, abordando como ocorrem os processos de alta, e trazendo as dificuldades e potencialidades desse processo, evidencia-se também a importância do Grupo Vocal “Los Lokos” nesse processo de cuidado. Concluo que pensar a “alta” é pensar o cuidado psicossocial e que, ao problematizar este processo, reforçamos o movimento da e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira Antimanicomial, visto que podemos apontar os desafios e fortalecer seus avanços rumo a uma sociedade sem manicômios.

Palavras-chave: Reforma Psiquiátrica; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); “Alta” do paciente; Serviços de Saúde Mental.

RESUMEN

Esta disertación objetiva identificar las implicaciones que la "alta" de los usuarios del CAPS Escuela, mientras que un proceso de cuidado está trayendo para el movimiento de Reforma Psiquiátrica en Pelotas. El estudio es el resultado de una investigación cualitativa con los profesionales, usuarios y familiares del Centro de Atención Psicosocial (CAPS) Escuela de la ciudad de Pelotas-RS. El trabajo relata cómo la locura era tratada en diversos períodos de la historia, ofrece un panorama general de los desafíos y avances de las Reformas Sanitarias y Psiquiátricas en el ámbito de la Política de Salud brasileña trazando la consolidación del Sistema Único de Salud (SUS) y sus desafíos. Abordo, también, el movimiento de la Reforma Psiquiátrica en Pelotas, y la realidad del CAPS Escuela. Por último, trae los resultados de la investigación realizada problematizando el término "alta", abordando cómo ocurren los procesos de alta, y trayendo las dificultades y potencialidades de ese proceso, se evidencia también la importancia del Grupo Vocal "Los Lokos" en ese proceso de cuidado. Concluyo que pensar la "alta" es pensar el cuidado psicosocial y que, al problematizar este proceso, reforzamos el movimiento de la y por la Reforma Psiquiátrica Brasileña Antimanicomial, ya que podemos apuntar los desafíos y fortalecer sus avances hacia una sociedad sin manicomios.

Palabras clave: Reforma Psiquiátrica; Centro de Atención Psicosocial (CAPS); "Alta" del paciente; Servicios de Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

ABEPSS- Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social

ACE- Atividades Complementares Específicas

CAPs- Caixas de Aposentadoria e Pensões

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CEBES- Centro Brasileiro de Estudo de Saúde

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

DNS- Departamento Nacional de Saúde

IAPs- Institutos de Aposentadorias e Pensões

INAMPS- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MTSM- Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

MS- Ministério da Saúde

PTS- Plano Terapêutico Singular

SUS- Sistema Único de Saúde

TR- Técnico de Referência

UBS- Unidade Básica de Saúde

UCPEL- Universidade Católica de Pelotas

VD- Visita Domiciliar

APS- Atenção Primária à Saúde

CTG- Centros de Tradições Gaúchas

DINSAN- Divisão Nacional de Saúde Mental

ESF- Estratégia de Saúde da Família

HUSFP- Hospital Universitário São Francisco de Paula

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

NAPS- Núcleos de Atenção Psicossocial

NASF- Núcleo de Atenção à Saúde da Família

NOB- Norma Operacional Básica

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONG- Organização Não Governamental

PSF- Programa de Saúde da Família

RAPS- Rede de Atenção Psicossocial

RETRATE- Reabilitação, Trabalho e Arte

SMS- Secretária Municipal de Saúde

UBAI- Unidade Básica de Atendimento Imediato

UBS- Unidade Básica de Saúde

UPA- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1.0 CAMINHOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE OS AVANÇOS E DESAFIOS DESSA HISTÓRIA	15
1.1 UMA VOLTA AO PASSADO: BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA LOUCURA.....	15
1.2 OS MOVIMENTOS DA REALIDADE BRASILEIRA: COMPREENDENDO A REFORMA SANITÁRIA E O SUS.....	28
1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: NOVOS RUMOS E CAMINHOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.	38
2.0 OS CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DE UM “NOVO” A SER DESCOBERTO: APRESENTADO O CONTEXTO DO ESTUDO.	51
2.1 CONTEXTUALIZANDO A CIDADE DA PESQUISA: MOVIMENTOS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL EM PELOTAS.	51
2.2 O LOCAL DO “ENCONTRO” COM A TEMÁTICA: CAPS ESCOLA DE PELOTAS.....	64
2.3 CAMINHOS TRILHADOS: COMPREENDENDO A METODOLOGIA.....	68
3.0 AS DESCOBERTAS DO CAMINHO: RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.	78
3.1 PROBLEMATIZANDO O TERMO “ALTA”: PERCEPÇÕES DOS ATORES ENVOLVIDOS NESSE PROCESSO.....	78
3.2 ENTENDIMENTO DE COMO OCORRE ESSE PROCESSO: LIMITES E POSSIBILIDADES IDENTIFICADOS.....	84
3.3 GRUPO “LOS LOKOS”: ESTRATÉGIA E POTÊNCIA NESSE PROCESSO.....	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	121
REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	134
APÊNDICE A- Levantamento de trabalhos sobre a “alta” dos usuários de CAPS	135
APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista- Profissionais	137
APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista- Usuários	138
APÊNDICE D- Roteiro de Entrevista- Familiares	139
APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	140

INTRODUÇÃO

“É preciso força pra sonhar e perceber que a estrada vai além do que se vê.”
— Los Hermanos.

O presente trabalho intitulado “O processo de “alta” dos usuários do CAPS Escola: contribuições a Reforma Psiquiátrica em Pelotas” busca analisar e compreender como ocorre o processo de “alta” dos usuários em um serviço de atenção psicossocial, no caso o CAPS, tem como tema geral a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), mais especificamente analisar a “alta” dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Escola, localizado na cidade de Pelotas.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciada no fim da década de 1970, possibilitou uma transformação na assistência à saúde mental, propondo novos espaços para os sujeitos com sofrimento psíquico intenso, que antes tinham apenas o manicômio como alternativa de ‘tratamento’. Com o intuito de superar as necessidades da internação no hospital psiquiátrico, foram criados serviços substitutivos, os quais têm como proposta prestar assistência às pessoas que sofrem com transtornos mentais de maneira que possam manter um nível satisfatório de convivência e interação no contexto social.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram os primeiros serviços criados com uma nova proposta de atenção à saúde mental, são serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), que propõem um rompimento com a lógica tradicional de atenção aos sujeitos em sofrimento mental e passam a ocupar um lugar fundamental na organização de uma nova rede de atenção, provocada a lidar com a loucura num outro contexto.

Os serviços mencionados contam com uma equipe interdisciplinar formada por psiquiatra, psicólogo, enfermeiro, assistente social e outros profissionais, que devem prestar cuidados aos usuários através de atendimento individual e em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento da família e atividades comunitárias, entre outros serviços, conforme a modalidade dos CAPS.

Yasui (2007) aponta a atenção psicossocial como o paradigma transformador da reforma psiquiátrica, visto que implica inventar um novo modelo de cuidar do sofrimento psíquico através da criação de espaços de constituição de relações sociais baseadas em

princípios e valores que possibilitam reinventar a sociedade, de forma que haja um espaço para o sujeito dito “louco”.

Embora tenha como lema o fim dos manicômios, esse movimento social que vem junto com a ideia da Reforma Psiquiátrica, que é o Movimento de Luta Antimanicomial, coloca uma questão relevante que é a discussão acerca dos direitos humanos. Além de atuar para a implementação de uma Reforma Psiquiátrica no Brasil, se está discutindo uma forma de garantir os direitos humanos das pessoas com transtornos mentais. Lutar por uma sociedade sem manicômios é lutar por uma sociedade realmente igualitária e humanizada por uma sociedade livre de opressão, preconceito e ignorância.

Meu interesse pelo tema da Reforma Psiquiátrica ocorreu a partir do segundo semestre do curso de graduação em Serviço Social da Universidade Católica de Pelotas (UCPel), em 2012, quando surgiu a oportunidade de participar como Bolsista de Iniciação Científica (BIC) pela UCPel na área da saúde mental. Com a participação no projeto de pesquisa intitulado: “Reforma psiquiátrica em Pelotas: reconstruindo a história da reestruturação da política de saúde mental” pude ter um conhecimento teórico sobre essa temática, que acredito ser muito pouco debatida no curso de Serviço Social uma vez que somente no sexto semestre é que tive encontro com tal política e que é vista de forma reduzida já que está dentro da Política de Saúde.

A partir dessa experiência pulsou a vontade de fazer o estágio no CAPS Escola, pois instigou-me a buscar o saber fazer e o como relacionar a questão teórico/prático dessa temática tão complexa e de muita importância para nossa sociedade.

Através da vivência de estágio realizado no CAPS Escola tive a oportunidade de ter contato com espaços em que pode-se perceber que estão sendo proporcionadas a ampliação dos espaços de reabilitação social dos usuários, respeitando os propósitos da Reforma Psiquiátrica. Cito como exemplos os grupos de autogestão, um o grupo que faz a produção do programa de rádio “Gente como a gente”, transmitido pela Rádio Com Pelotas, e o outro o grupo de música “Los Lokos” (antigo FelizArte), ambos grupos extra-CAPS, ou seja, grupos que demonstram que não necessariamente precisam serem formados por usuários dos CAPS, podem ter como membros ex-usuários do serviço, ou seja, usuários que já deram alta do CAPS e também como é o caso da produção do programa da rádio pode ser formado por usuários e ex-usuários de todos os CAPS de Pelotas.

Essa aproximação instigou-me sobre a importância de pensar a “alta” dos usuários do CAPS, visto que estes centros conseguem sim dar atenção e o apoio psicossocial, fortalecendo os vínculos proporcionando a autonomia e também o protagonismo dos usuários.

Assim a partir da vivência de estágio, pude iniciar um processo de investigação, que buscou conhecer como ocorre o processo de “alta” dos usuários do CAPS Escola (BERNDT, 2014) onde os resultados da pesquisa e análise serviram depois de norteadores para o Trabalho de Conclusão de Curso, em que segui as escritas problematizando a “alta” a partir do olhar do Serviço Social e a contribuição do Assistente Social na operacionalização dessa “alta” (BERNDT, 2015).

O entendimento de que a Reforma Psiquiátrica é um processo que está em construção, não é algo pronto e acabado, ele traz a possibilidade de conhecer a realidade de cada usuário e de cada território e, a partir desse conhecimento, reinventar novas formas de fazer diferente e de fazer a diferença.

É importante problematizar sobre este tema, pois entendo que ao falar em processos de “alta”, está também falando-se em processos de cuidado e em tempos de “descuidos” que vivencia-se por conta de todo cenário mundial de violência e injustiças, esse trabalho que vai à contra mão do sistema há de ter que ser discutido para que se possa fortalecer. Pelo fato de existir de forma presente o cuidado que deve-se ter na saúde mental, nos processos de trabalho e na relação/intervenção dos profissionais com usuários e familiares, bem como dos usuários uns com os outros, pois nesse espaço eles acabam encontrando os “pares” e pensar na saída desse local representa de certa forma temores, tanto para os usuários, como para os profissionais, e pode-se considerar que um dos pontos que reflete isso é devido a esse cuidado e, também, por conta disso que torna-se importante discutir como esse cuidado deverá ser colocado para outros pontos onde acontece a vida dos sujeitos.

Muito já se avançou nas questões do tratamento da loucura, mas ainda é preciso muita luta que muitas vezes, tem que ser até conosco mesmo. Deve-se repensar as formas que pensamos e o cuidado que temos com essa “loucura”. Acredito que é necessário desconstruir os manicômios internos para que, assim, seja possível construir uma rede que lute junto, que compartilhe dessa ideia.

Diante desse cenário, com intuito de conhecer quais as implicações que os processos de “alta” estão trazendo para a Reforma Psiquiátrica em Pelotas, este trabalho teve como objetivo analisar como se dão os processos de “alta”, e como estão as redes de atenção e

cuidado desses usuários e também familiares que já não estão mais institucionalizados no CAPS, uma vez que entendo que a “alta” não significa desassistência; ao contrário, reflete a possibilidade de articulação com os demais serviços da rede de saúde mental que atendam ao usuário em suas necessidades, no momento em que ele deixa de necessitar do atendimento intensificado e especializado do CAPS (MIELKE et al., 2011).

Esta dissertação, então, tem como objetivo identificar as implicações que a “alta” dos usuários do CAPS Escola, enquanto um processo de cuidado está trazendo para o movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas. Busca descrever qual o entendimento que os atores envolvidos tem sobre a “alta” do CAPS Escola, como ocorre o processo de “alta” identificando os limites e possibilidades desse processo de “alta” e quais os serviços da rede intersetorial e de saúde existentes em Pelotas estão possibilitando o cuidado territorial.

Em busca de uma visibilidade e apreensão da realidade proposta como estudo, elegeu-se como método de abordagem o dialético que contribui na exploração dos fatos sociais de forma a enfatizar contradições que são inerentes às ocorrências sociais, procurando-se identificar o processo, as divergências existentes e as discordâncias implicadas na análise do problema de pesquisa. A trajetória metodológica ocorreu por meio da abordagem qualitativa. Realizou-se a coleta de dados através de entrevistas semiestruturadas, tendo um total de 14 participantes na pesquisa, os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo.

Para apresentar a análise proposta neste trabalho, optei por organizá-lo em três capítulos. O primeiro capítulo relata brevemente como a loucura era tratada em diversos períodos da história, trago também historicamente, a Política de Saúde Brasileira, a fim de evidenciar a Política Pública da Saúde como conquista de cidadania no Brasil, apresentando uma reflexão sobre a consolidação e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Por fim, analiso o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento intrínseco à Reforma Sanitária e a todo movimento de luta pela saúde. Assim, são colocadas as questões que são o “pano de fundo” do tema “alta”, apontando alguns dos aspectos referentes à reforma psiquiátrica brasileira e como vem se desenhando ao longo dos anos.

No segundo capítulo da dissertação abordo o caminho percorrido ao longo da construção. Disserto sobre a “alta” dos usuários do CAPS Escola de Pelotas enquanto objeto de estudo. Apresento a escolha do objeto de estudo, apontando a problematização “alta” traçando assim, a justificativa de sua importância. Neste capítulo também é necessário traçar a caracterização do movimento da reforma psiquiátrica em Pelotas, bem como a contextualização do CAPS Escola, local da pesquisa.

Pretendo contextualizar, a partir dos dados produzidos e analisados, ou seja, nesse último capítulo apresento os achados da pesquisa. Busco contribuir, de alguma forma, para o entendimento desse novo processo em que encontra-se o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é pensar esse cuidado em rede, na lógica da desinstitucionalização. Problematizo o significado do uso da palavra “alta”, discuto como ocorre esse processo, destacando as dificuldades e facilidades e por fim trago a experiência de um grupo musical autogestionário como estratégia e potência para enfrentar as dificuldades que é esse processo de desligamento.

Ao final desse estudo, apresento as considerações finais do trabalho, apontando uma análise da trajetória realizada ao longo dos capítulos e uma reflexão retomando a questão norteadora da pesquisa, o pressuposto colocado e os objetivos que foram atingidos.

1.0 CAMINHOS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: ENTRE OS AVANÇOS E DESAFIOS DESSA HISTÓRIA

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!
 Não é motivo para não querê-las...
 Que tristes os caminhos, se não fora
 A presença distante das estrelas!

Mário Quintana

Para que o caminho da construção da assistência em Saúde Mental seja apresentado, é necessário realizar um resgate histórico sobre a “loucura” no Brasil e no mundo para, assim, pontuar a Reforma Psiquiátrica, sendo que esse processo impulsionou as mudanças em curso nas práticas dos novos serviços de Saúde Mental. Neste capítulo, abordo, historicamente, a Política de Saúde Brasileira, a fim de evidenciar a Política Pública da Saúde como conquista de cidadania no Brasil. Entendendo que toda a discussão sobre a “alta” dos usuários, desde a sua inserção nesse serviço de saúde até a transferência para outros espaços de cuidado em saúde ocorre através do Sistema Único de Saúde (SUS) é necessário para que seja possível fazer uma análise crítica entender como se deu a consolidação deste sistema, os seus princípios e diretrizes. Por fim, analiso o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira como um movimento intrínseco à Reforma Sanitária e a todo movimento de luta pela saúde. Assim, são colocadas as questões que são o “pano de fundo” do tema “alta”, apontando alguns dos aspectos referentes à reforma psiquiátrica brasileira e como vem se desenhando ao longo dos anos.

1.1 UMA VOLTA AO PASSADO: BREVE HISTÓRICO DA TRAJETÓRIA DA LOUCURA

O tema loucura há muito intriga as pessoas. Sempre exigiu algum posicionamento, seja positivo ou negativo ou, ainda, a gama de reações entre o positivo e o negativo.

Para falar desses diversos posicionamentos é imperativo citar Michel Foucault. Em seu livro História da Loucura na Idade Clássica, Foucault (1972) apresenta o modo como a divisão entre a loucura e a razão é estabelecida. Razão e loucura são assim apontadas como o fruto de processos históricos, elas não existem como categorias universalmente objetivas. Com tal propósito, este grande pensador francês mapeia o caminho do louco, que não era

confinado em nenhuma instituição antes de 1600, passando a assumir, em meados do séc. XVII o status de pessoa excluída.

A loucura é um tema debatido há séculos e já atribuíram-se diversas razões que justificassem o porquê de algumas pessoas manifestarem problemas psíquicos de baixa, média e alta complexidade. Assim sendo é realizado um resgate histórico sobre a temática até chegar aos dias atuais.

O entendimento sobre a loucura transformou-se em diversos períodos da história, sendo tratado desde manifestações demoníacas até um problema meramente atribuído aos químicos cerebrais.

O homem moderno não se comunica mais com o louco: de uma parte há o homem da razão, que delega a loucura ao médico e que autoriza apenas a relação com a universalidade abstrata da doença; de outra parte há o homem da loucura, que se comunica com o outro apenas por intermédio de razões tão abstratas como são a ordem, coação física e moral, pressão anônima do grupo e a exigência de conformidade. (FOUCAULT, 1972, p. 160).

Nos últimos anos, atribuiu-se a saúde mental principalmente ao domínio médico, tratando-a sobre tudo com o uso de fármacos. Contudo, penso que ela deve ser tratada de forma multidisciplinar, uma vez que é necessário um conjunto de fatores físicos, emocionais, e externos para promover a saúde mental de um indivíduo. Para isso é necessário que os profissionais da saúde tenham o entendimento da temática da saúde mental e uma olhar sensível ao paciente.

Atualmente, o Brasil tem como referência de saúde mental as publicações da Organização Mundial da Saúde (OMS), onde eles realizam uma sistematização da temática em diversos países do mundo, afinal a saúde mental vem tornando-se pauta independente de classe social, gênero ou raça, os casos de problemas de saúde referente a essa área têm aumentado assiduamente.

Em que pese o desenvolvimento de tecnologias médicas todos os avanços nos tratamentos e fármacos não foram capazes de diminuir as contradições colocadas pela questão da loucura. É necessário um olhar mais sensível para buscar o motivo que desencadeia isto, e também é necessária uma reflexão do que, de fato, é considerado loucura, uma vez que, historicamente a definição ganha um novo sentido sempre que a sociedade se transforma de alguma forma. Pode-se assim compreender que a loucura tem como uma definição principal o contexto histórico cultural regente na sociedade em cada época, na qual o indivíduo não se adaptaria por possuir características que não se ajustassem à realidade social, sendo assim

segregado e excluído.

A temática da loucura foi abordada na literatura, na arte, na filosofia e na música ao decorrer dos séculos, no qual muitas das vezes era romantizado pela forma espontânea e única como o indivíduo portava-se. Em outros momentos da história, foi visto com repúdio e desprezo o papel do louco.

O autor Michael Foucault trabalha com a temática da saúde mental e traz em sua obra: *História da loucura na idade clássica* (1972), a contextualização de como o tema da loucura surgiu e foi visto em diferentes épocas da sociedade e como os chamados loucos eram tratados. Em seu livro ele traz três grandes momentos a Idade Média, a Grande Interação e os tempos contemporâneos, e a partir desses três grandes períodos que apresento alguns momentos históricos neste trabalho.

A partir da Alta Idade Média até o final das Cruzadas os leprosários tinham se espalhado por toda a Europa, as pessoas que possuíam a doença eram excluídas e segregadas, a doença em alguns casos era considerada até mesmo castigo divino (FOUCAULT, 1972).

Com o final das Cruzadas e a ruptura dos focos orientais de infecção a lepra retira-se do cenário social, deixando vaga a estrutura dos antigos asilos que seriam ocupados primeiramente para o “tratamento” de doenças venéreas, e mais tarde por indivíduos que seriam também excluídos socialmente por não estarem no padrão social que o sistema da época exigia, foram eles “os pobres, vagabundos, presidiários e “cabeças alienadas”, ou seja, tratava-se de pessoas que deveriam “desaparecer” da vista social (FOUCAULT, 1972).

A lepra se retira, deixando sem utilidade esses lugares obscuros e esses ritos que não estavam destinados a suprimi-la, mas sim a mantê-la a uma distância sacramentada, a fixá-la numa exaltação inversa. Aquilo que sem dúvida vai permanecer por muito mais tempo que a lepra, e que se manterá ainda numa época em que, há anos, os leprosários estavam vazios, são os valores e as imagens que tinham aderido à personagem do leproso; é o sentido dessa exclusão, a importância no grupo social dessa figura insistente e temida que não se põe de lado sem se traçar à sua volta um círculo sagrado. (FOUCAULT, 1972, p. 9).

A figura do louco surge na Idade Média como uma figura mística, que muitas vezes tinha o dom da revelação divina, trata-se do mistério da singularidade do indivíduo. Segundo Foucault a loucura era vista como visão cósmica:

É no espaço da pura visão que a loucura desenvolve seus poderes. Fantasmas e ameaças, puras aparências do sonho e destino secreto do homem — a loucura tem, nesses elementos, uma força primitiva de revelação. (FOUCAULT, 1972, p. 33).

Na Renascença o louco que era considerado místico, tornou-se um indivíduo com desvio moral. Eles eram colocados em barcos e iam para outras cidades, ora presos, ora chicoteados, eram pessoas sem paradeiro, e proibidas de integrarem-se socialmente.

No século XVII havia um número considerável de casas de internação, onde os indivíduos viviam de maneira precária, em locais superlotados, sem higiene, frios e com pouca comida. Para o indivíduo ser internado não importava a idade, sexo ou se sua doença teria cura ou não, o importante era que a pessoa que não encaixava-se ao padrão fosse ocultada. O internamento assim sendo não possuía intenção de cura mais sim de doutrinação contra a “vagabundagem”, pois, eram considerados loucos os que mendigavam, ficavam ociosos, ou qualquer outra forma que fosse considerada como perturbação da ordem social (FRAYZE-PEREIRA, 1985).

Sempre que surgia crise econômica as casas de internamento superlotavam, em momentos de crise era uma forma de conter a agitação decorrente do desemprego, isso deixa claro o que fez as primeiras casas de internamento serem construídas nas regiões industriais, pois o trabalho dos internos não era somente para ter uma ocupação, mas como meio de produção. No final do século XVIII há um total de cento e vinte seis casas de internação na Inglaterra, que foram se espalhando por toda a Europa (FOUCAULT, 1972).

Na era clássica chegou-se à conclusão que a loucura era uma doença que deveria ser tratada pela medicina, surge um marco em 1656, pois é decretada em Paris a criação do Hospital Geral onde tratava-se de uma completa forma de dominação do indivíduo que vivia no local, a dominação do corpo e a definição do que deveria ser tomado como verdade absoluta (FOUCAULT, 1972).

Como tentativa de ordenar o mundo da miséria, as Casas de Internamento eram instituições que desempenhavam o papel de assistência e repressão. Controladas tanto pelo poder e dever da Igreja quanto pela necessidade de controle social da burguesia.

No Hospital Geral as pessoas que viviam em vulnerabilidade social e representavam obstáculos para a produção eram internadas. E no local eles receberiam alimentos e roupas, porém perderiam a sua liberdade e seriam doutrinados para que se ajustassem à sociedade, além de serem forçados a realizarem uma mão de obra barata.

O Hospital Geral designa-os como tais e a própria loucura é dividida segundo esta dicotomia que pode entrar assim, conforme a atitude moral que parece manifestar, ora na categoria da beneficência, ora na da repressão. Todo interno é colocado no

campo dessa valoração ética — e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral. (FOUCAULT, 1972, p. 70).

Nele homens e mulheres eram internados em alas diferentes, onde tinham que realizar penitências, eram chicoteadas, medicadas, realizadas sangrias, banho e era aplicado mercúrio. As pessoas recebiam o tratamento com “intenção purificadora”, e os casos mais graves eram deixados isolados para irem a óbito.

Deixa-se que morram aqueles que estão em estado extremo. Aos outros, aplicam-se os "Grandes Remédios": nunca mais e raramente menos que seis semanas de cuidados. Começa-se, naturalmente, com uma sangria, logo seguida por uma purgação; destina-se uma semana aos banhos, à razão de duas horas por dia, aproximadamente; purga-se outra vez e para encerrar esta primeira fase do tratamento impõe-se uma boa e completa confissão. Podem começar então as fricções com mercúrio, toda a eficácia de que dispõem; prolongam-se por um mês, em cujo término duas purgações e uma sangria devem expulsar os últimos humores morbíficos. Concedem-se quinze dias de convalescença. Depois, após ter acertado as contas definitivamente com Deus, o paciente é declarado curado e mandado embora. (FOUCAULT, 1972, p. 97).

Segundo Foucault (1972) em 24 de março de 1926 um homem Étienne Benjamin Deschauffours foi condenado por sodomia a uma das mais extremas condenações, isto é, ser queimado vivo. A homossexualidade era considerada na época como um caso da manifestação da loucura.

O Hospital Geral era uma forma de regulação social, afinal todo indivíduo que não se encaixasse naquele perfil que a sociedade exigia era dirigido para esse local. Assim sendo, era uma forma de controlar a instituição familiar, e a sociedade.

Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam ou mereciam ali estar. Essa tarefa é confiada a diretores nomeados por toda a vida, e que exercem seus poderes não apenas nos prédios do Hospital como também em toda a cidade de Paris sobre todos aqueles que dependem de sua jurisdição. (FOUCAULT, 1972, p. 56).

Eram aceitos todos os tipos de pessoas independente do gênero, da condição de saúde, da raça, a forma de entrada no local resumidamente era o indivíduo estar à margem social. O ato de blasfemar, ou realizar magia tornou-se também um motivo para a internação, onde as pessoas recebiam penas como, a incisão dos lábios com ferro em brasa, pelourinho e outras formas de punição, contudo por conta do grande número de internados esta punição teve que diminuir. (FOUCAULT, 1972).

No período chamado "O Grande Enclausuramento", a Europa passava por sérios problemas financeiros, assim sendo o Rei na época viu a internação nas instituições como um

meio de lidar com a crise, ocultando os efeitos sociais que ela causava e produzindo mão de obra barata.

A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão de obra e os preços de produção. Na verdade, não parece que as casas de internamento tenham podido representar eficazmente o papel que delas se esperava. Se elas absorviam os desempregados, faziam-no, sobretudo para ocultar a miséria e evitar os inconvenientes políticos ou sociais de sua agitação. (FOUCAULT, 1972, p. 80).

Nada mais é do que uma resposta à crise financeira que a sociedade passava, sempre que a crise aumentava, as internações aumentavam também. Aos olhos do rei era uma grande saída já que esconderia a questão da miséria, e também era uma forma de garantir uma mão de obra barata e dominar o que viviam em uma situação de grande vulnerabilidade para que não houvesse uma revolta, uma vez que seu corpo e sua mente eram doutrinados.

A alternativa é clara: mão de obra barata nos tempos de pleno emprego e de altos salários; e em período de desemprego, reabsorção dos ociosos e proteção social contra a agitação e as revoltas. (FOUCAULT, 1972, p.77).

Com o movimento renascentista, entra em vigor o pensamento científico, e a loucura passa no século XVIII com a Revolução Francesa e o novo espírito da época inspirado pelos ideais de Liberdade, Igualdade e Fraternidade, a ter um olhar médico clínico, pois nesse século o medo de uma nova epidemia faz com que a classe médica passe a observar os pacientes dos internados, é a moral juntando-se com a medicina, para uma nova forma de dominação do indivíduo.

No momento, não há como suprimir as casas de internamento; trata-se de neutralizá-las como causas eventuais de um novo mal. Trata-se de arrumá-las e purificá-las. O grande movimento de reforma que se desenvolverá na segunda metade do século XVIII tem aí sua primeira origem: reduzir a contaminação, destruindo as impurezas e os vapores, diminuindo todas essas fermentações, impedir que o mal e os males viciem o ar espalhando seu contágio pela atmosfera das cidades. (FOUCAULT, 1972, p. 392 – 393).

Em 1776 um decreto faz com que não somente o Hospital Geral, porém todos os internados passem a ter um olhar clínico sobre o sujeito, o internamento recebeu sua carta de nobreza médica, tornou-se lugar de cura (FOUCAULT, 1972, p. 433).

Percebeu-se que o hospital não propiciava a cura dos doentes, começa então a observação da patologia. Nesse contexto, Philippe Pinel e Tuke surgem com um movimento de reforma trazendo o olhar da loucura como doença, onde o paciente deveria ser separado das demais pessoas para tratamento e não ter o olhar para a desordem econômico-social e a possibilidade de contaminar a cidade, assim deu-se origem aos asilos.

A justiça que reina no asilo de Pinel não empresta da outra justiça seus modos de repressão; inventa os seus. Ou, melhor, utiliza os métodos terapêuticos que haviam sido difundidos no século XVIII, deles fazendo formas de castigo. E essa conversão da medicina em justiça, da terapêutica em repressão, não é um dos menores paradoxos da obra "filantrópica" e "libertadora" de Pinel (FOUCAULT, 1972, p. 544).

Philippe Pinel é considerado o “pai da psiquiatria” e responsável pela clínica médica moderna, trabalhou como diretor do Hospital Geral em 1793, ele é responsável pela teoria da alienação que segundo Amarante era um “um distúrbio no âmbito das paixões, capaz de produzir desarmonia na mente e na possibilidade de perceber a realidade” (AMARANTE, 2007, p. 30).

Com ele, a loucura passa a receber definitivamente o estatuto teórico de alienação mental, o que imprimirá profundas alterações no modo como a sociedade passará a pensar e a lidar com a loucura daí por diante. Se, por um lado, a iniciativa de Pinel define um estatuto patológico para a loucura, o que permite com que esta seja apropriada pelo discurso e pelas instituições médicas, por outro, abre um campo de possibilidades terapêuticas, pois, até então, a loucura era considerada uma natureza externa ao humano, estranha à razão. Pinel levanta a possibilidade de cura da loucura, por meio tratamento moral, ao entender que a alienação é produto de um distúrbio da paixão, no interior da própria razão, e não a sua alteridade. (AMARANTE, 2003, p.42).

Por conta disso, Pinel defendia a ideia que a alienação mental é causada pelo meio social, assim uma das formas de tratamento segundo ele era o isolamento social. Também Pinel considerava as regras de conduta do hospital como forma de tratamento, seriam elas horários das refeições, banhos, vestimentas, entre outras, pois assim estaria “reeducando” a mente do indivíduo. O tratamento moral incluía: “soma de princípios e medidas que, impostos aos alienados, pretendiam reeducar a mente, afastar os delírios e as ilusões e chamar a consciência à realidade” (AMARANTE, 2007, p. 33).

Contudo percebo que todas estas regras de comportamento impostas não passam de regulação do corpo e nada acrescentam à saúde. Apenas existe um cárcere do corpo. Eram utilizados no asilo desde camisas de forças, até pressão psicológica, e jatos de banho frio como tratamento dos pacientes. A verdade é que eram usadas de ferramentas de coerção para a dominação do indivíduo, a cura era através da punição do corpo.

No Brasil, a loucura fazia parte do convívio social desde o século XVI até o início do século XIX. A partir desse ponto, começou a ser reconhecida como desordem e perturbação da paz social, passando a ser apropriada pelo discurso religioso. Progressivamente, os loucos foram sendo retirados do contexto social e isolados nos porões das Santas Casas de Misericórdia e nas prisões públicas. Para os médicos da época, entretanto, essa situação não resolvia o problema da loucura. A segregação, a falta de higiene e de um tratamento físico e

moral adequado tornavam a cura impossível. Os médicos, articulados com o então provedor da Santa Casa, José Clemente Pereira, começam a reivindicar a criação de um instrumento terapêutico específico para os loucos, o hospício (VECHI, 2003).

Assim, o Hospício de Pedro II é criado por decreto imperial em 1841, inspirado no modelo francês elaborado por Pinel e Esquirol. Fundado, de fato, em 1852, sua construção e administração, no Rio de Janeiro, ficaram a cargo da Santa Casa. Por isso mesmo, Vechi (2004) observa que, apesar da existência de médicos nesse local, seu controle ainda permanecia objeto do discurso religioso. Até a proclamação da República (1889), outras instituições semelhantes seriam criadas em São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886) (FONTE, 2011).

Somente na República é que a loucura é retirada do discurso religioso e encampada pelo discurso científico médico-psiquiátrico, propondo substituir o tratamento desumano e primitivo por valores humanitários. Viabiliza-se, assim, a implantação do projeto de medicalização da loucura e sua transformação efetiva em doença mental (Fonte, 2011). Na prática, há uma expansão da rede pública de hospitais psiquiátricos. O isolamento nessas instituições é justificado, em primeiro lugar, pela separação do louco em relação às causas da doença (principalmente a família), e, em segundo, pela possibilidade de intervenção terapêutica. Não haveria cura sem isolamento.

Com a proclamação da primeira República no Brasil, em 1889, os Hospitais Psiquiátricos passaram a ser dirigidos pelos médicos. Segundo Santos (1992), essa nova direção acabaria com as práticas policiais em hospícios, uma vez que os médicos, assim como o Estado, tinham como projeto societário a exclusão dos sujeitos que perturbavam a ordem pública. Entretanto, idealizou-se para esse trabalho um tratamento médico especializado que proporcionaria um espaço de estudo, surgindo aí um novo porta-voz do Estado no que diz respeito ao tratamento dos doentes mentais. É neste momento que os médicos passam a promover uma cura e paulatinamente, o binômio saúde mental vai substituindo o binômio ordem – segurança.

Machado (1978) descreve como a concepção arquitetônica do Pedro II, por exemplo, foi pensada para regular a vida no hospício de modo a facilitar a vigilância pelos enfermeiros. “Tem a forma de um retângulo com um bloco central separando essas duas alas [masculina e feminina] laterais, cada uma contendo dois pátios internos” (Machado, 1978, p. 433). Essa divisão contempla a separação por classes e por estágio da doença (tranquilos e agitados,

limpos e sujos, afetados por moléstias contagiosas, etc.). O hospício também não pode ser lugar de ócio. O trabalho é terapêutico e deve ser a principal ocupação dos internos. “A norma do trabalho impera no hospício e se materializa em oficinas de costura, bordados, flores artificiais, alfaiataria, estopa, alcochoaria, escovas, móveis, calçados” (Machado, 1978, p. 440).

Uma mão de obra barata e capaz de gerar renda para a manutenção do próprio hospício. Àqueles sem aptidão para essas atividades era prescrita a jardinagem ou o trabalho como servente em obras, refeitórios e enfermarias.

Para Foucault (1972), o internamento do século XIX coincide com o momento em que a loucura é percebida como uma conduta irregular e anormal. Uma “desordem na maneira de agir, de querer, de sentir paixões, de tomar decisões e de ser livre” (Foucault, 1972, p. 69). O hospital é lugar de diagnóstico e classificação, e o médico é aquele que pode dizer “a verdade da doença” e ao mesmo tempo produzi-la para, em seguida, dominá-la.

É no período republicano que o trabalho enobrece o homem, o ato de trabalhar deixa de ser algo deplorável e passa a fazer parte da construção e realização do ser social. Neste momento a sociedade passa por um aumento no número de desempregados no Brasil, fortemente influenciado pela abolição da escravatura. Então, a psiquiatria é chamada a agir no recolhimento dessas pessoas que não faziam parte da classe de produtores para o capital, a medida tomada é a internação, com objetivo de “recuperá-las e se possível ajustando-as para o trabalho e ao novo modo de produção” (SANTOS, 1992).

Trabalho e não-trabalho passaram também a servir para estabelecer os limites do normal e do anormal. Como a psiquiatria nasce e se produz num contexto social, ela assimilou, aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico, estes mesmos valores e esforçou-se para desenvolver à comunidade indivíduos “tratados” e “curados”, adequados para o trabalho. Para isso, a psiquiatria adotou como forma de tratamento do “doente mental” o trabalho no interior dos hospícios. A psiquiatria passou a adotar para tratamento do “doente Mental” a construção de hospícios-colônia em locais afastados dos centros urbanos, práticas que ia ao encontro dos interesses do Estado Republicano, que desejava diminuir os gastos com os “vadios” que perambulavam pelas ruas da cidade. Nesses hospícios buscava-se a autossustentação dos “doentes”, diminuindo-se conseqüentemente, os gastos do Estado. (SANTOS, 1992, p. 32- 33).

Dessa forma, a ideia era que o paciente passasse a se interessar pelo trabalho através do contato com a terra, ponto este que estava de acordo com os objetivos de produção capitalista, uma vez que o capitalismo necessitava de força de trabalho, e era preciso que

todos trabalhassem inclusive os doentes mentais. Entretanto, tal tratamento foi considerado contraditório, uma vez que o doente mental ao ser devolvido ao seu lugar de origem vivenciaria relações sociais e de trabalho urbano e não rural. Concluindo-se que, o tratamento em hospícios-colônias era ineficiente, contudo isto não foi capaz de impedir que outras instituições deste porte fossem deixadas de serem inauguradas com a mesma função do início do tratamento a doentes mentais, a exclusão do convívio social.

A psiquiatria era utilizada como aparelho repressor do Estado, e reproduzidor da ideologia capitalista, e suas noções teóricas baseavam-se nas

[...] concepções organicista ou biológica, que representava para a psiquiatria a busca de sua legitimação no interior da racionalidade médica, procurando perceber uma configuração corpórea, psicopatológicas, assim como percebia a “alienação mental” como a manifestação moral ou intelectual. (SANTOS, 1992, p.36).

Após a abertura do Curso Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo, onde o saber da psicanálise passou a fazer parte do saber psiquiátrico que o tratamento e a forma com que se pensava a saúde mental começaram a ser repensados e modificados. Neste momento já considerava-se que traumas da infância, ou até mesmo fatos da subjetividade do ser humano poderiam culminar com a identificação do transtorno mental detectado nos sujeitos.

A liga Brasileira de Higiene Mental, criada em 1923, foi muito importante para a ampliação do atendimento aos pacientes com doenças mentais, a mesma defendia a melhoria do atendimento a saúde dos loucos. Melhorias que ocorreram através das medidas de higiene no interior das instituições psiquiátricas, no combate às doenças infecciosas, aos investimentos em avanços dos serviços dos psiquiatras e na atração de recursos para a capacitação humana dos trabalhadores desta área (COSTA, 2007).

No governo de Getúlio Vargas, tem-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública, em 1930, que passa a controlar a Assistência ao Psicopata do Distrito Federal. Seu passo mais importante na área do tratamento a saúde mental está no decreto que “dispões sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos” (SANTOS, 1992, p. 40). Nele estão dispostos artigos que determinam o tipo de profissional que deve fazer parte da equipe de tratamento, o tipo de psicopata que deve ser recolhido do convívio social e, declarados incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil, se os loucos internados possuíssem algum bem e não

tivessem nenhum familiar a quem dar a tutoria dos mesmos, a propriedade se tornaria, por meio da justiça, um patrimônio da sociedade.

Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas,...). Sua finalidade é a de analisar os problemas sociais relacionados com a proteção aos psicopatas, bem como, “aconselhar o governo as medidas que devem ser tomadas para benefício destes”. (SANTOS, 1992, p. 40).

Com a criação do Instituto de Psiquiatria, em 1936, o eixo de entendimento para um tratamento do doente mental mudou. Os hospícios passaram a ser lugares de trancafiamento de cobaias para experimentos medicamentosos em busca da cura da doença mental, e abriram-se os primeiros ambulatórios psiquiátricos, mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Serviço do Estado. Em 1941 foi criado o órgão que passou a gerir toda a Política de Doença Mental, nomeado de Serviço Nacional de Doenças Mentais, que em 1953 passou a ser de responsabilidade do Ministério da Saúde (COSTA, 2013).

Neste período, o que observa-se foi um entendimento equivocado do que era doença mental, no que diz respeito de seu surgimento e seus devidos tratamentos, viu-se que a desordem não partia dos considerados loucos, viciados, portadores de doenças contagiosas e sim da desordem social que se instalava a partir dos atores sociais.

Nos anos 1950, temos segundo Santos que:

ênfatiza-se a importância da racionalização do atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela implantação de várias medidas, tais como a criação de hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centro de recuperação etc. (SANTOS, 1994, p. 44).

É a partir de 1955 que iniciou-se a utilização das drogas antipsicóticas, as quais também são disponibilizadas no mercado. No que diz respeito à utilização das drogas, elas foram responsáveis pela diminuição da utilização de correntes de aço nos hospícios, ou seja, possibilitou um controle sob os doentes sem utilização de força física. Já na comercialização dos medicamentos, tal situação vai ao encontro dos pressupostos do estado, segundo Santos foi recomendado pela

Organização Mundial de Saúde às nações membros, principalmente a países em desenvolvimento, através de uma resolução de peritos em saúde mental, que ‘investissem em ações de saúde mental para o processo produtivo e com que os investimentos em ações em saúde mental seriam’ uma proposta rentável economicamente, além de ajudar evitar desajustes que podem acompanhar a industrialização. (SANTOS, 1992, p. 44).

Como observa-se neste momento, o tratamento aos doentes mentais era alicerçado na prevenção da desordem e desajuste social usando como auxílio os medicamentos. Ao encontro das exigências da acumulação capitalista, que requeria uma psiquiatria que reparasse a força de trabalho desgastada no processo produtivo.

Neste contexto dos anos de 1950, seguindo orientações da Organização Mundial de Saúde, que passa a definir saúde como bem-estar físico mental e social, que o termo doença mental foi substituído por saúde mental. Santos (1992) afirma que a partir daí que a assistência curativa integrou-se a assistência à saúde, resultando na psiquiatria comunitária, que nada mais é do que assistência psiquiátrica em termos de saúde pública, que levou a uma política de mais leitos psiquiátricos, de equipes multiprofissionais de uma concepção biológica, psicológica e social no tratamento a saúde mental.

O ano de 1960 foi considerado o “Ano Internacional da Saúde Mental”, no qual se fez uma ampla divulgação da psiquiatria preventiva, e estendendo o tratamento a toda sociedade que dele necessitasse. O modo de tratar era voltado para o indivíduo e para a família, pois se considerava-se que a família precisava ser preparada para receber o doente mental depois de sua estadia no hospital psiquiátrico. Acreditava-se com isso que teria uma diminuição da perda emocional do indivíduo e também de gastos para o tratamento.

O tratamento preventivo influenciou fortemente as instituições públicas em assumirem tal postura no atendimento a saúde mental, entretanto a prática efetiva deste tratamento tomou um sentido oposto do que se pensava, resultando no aumento de construção de hospitais psiquiátricos e, na sua manutenção orçamentária pela Previdência Social, através da lei orgânica de 1960, em seu artigo 119, que garante aos seus beneficiários a assistência clínica cirúrgica, farmacêutica, odontológica, ambulatorial, hospital sanatórios entre outros.

Amarante diz que:

O estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e, ao ser privatizado grande parte da economia, o Estado concilia no setor saúde pressões sociais com o interesse de lucro por parte dos empresários. A doença mental torna-se definitivamente, um objeto de lucro, uma mercadoria. Ocorre, assim, um enorme aumento do número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos privados, principalmente nos grandes centros urbanos. Chega-se ao ponto de a Previdência Social destinar 97% do total dos recursos da saúde mental para as internações na rede hospitalar. (AMARANTE, 1996, p. 79).

Os anos de 1960 para a saúde mental no Brasil têm grande importância, primeiro pelo fato de a assistência psiquiátrica estar ligada ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de onde era esperado todo o recurso de saúde mental à construção de hospitais psiquiátricos. É também uma década onde se tem o marco na forma como o setor psiquiátrico e o Estado passaram a reconhecer os chamados doentes mentais.

Em 1964, com a ditadura militar, usam-se os hospitais psiquiátricos como locais em que se podem receber militantes de movimentos sociais que tinham objetivos distintos do Estado. Neste momento, militantes que ameaçavam a ordem vigente eram presos e em seu diagnóstico era normalmente descrito um cidadão esquizofrênico e paranoico. Santos (1994), diz que “psiquiatras, psicanalistas e o Estado, de uma forma geral, passaram a perceber o louco como uma grande fonte de lucros” com o crescimento da privatização da saúde, com a indústria farmacológica, hospitais, entre outros setores privados de envolvimento direto e indireto com o tratamento de transtornos mentais. As famílias que tinham poder aquisitivo eram orientadas a internar seu membro familiar com transtorno mental em instituições privadas e as instituições públicas passaram a atender a classe oposta.

O Estado passa a massificar a assistência e incrementar um duplo padrão de atenção, remetendo as pessoas desvinculadas da previdência, os denominados até então como indigentes, aos hospitais da rede pública e os trabalhadores previdenciários aos hospitais da rede privada, contratando leitos psiquiátricos e estimulando a construção de hospitais psiquiátricos privados, pelo financiamento com verbas públicas. (ROSA; FEITOSA, 2008, p. 138).

A década de 1970 inicia-se com o lema “Todos Juntos Para Frente Brasil”, na qual inicia-se um processo de entrada de indústrias estrangeiras, e conseqüentemente, endividamento externo e aumento da pobreza. Tal situação é observada na área de saúde mental. Nela observou-se a continuidade do processo que se iniciou em meados dos anos 60, onde buscava-se a diminuição de internações psiquiátricas, mas o que acabou acontecendo foi o aumento dos hospitais psiquiátricos. E a coordenação da política de saúde mental passou a ser de responsabilidade da Divisão nacional de Saúde Mental, que tinha como finalidade:

[...] planejar, coordenar e fiscalizar os serviços de assistência e reabilitação de psicopatas, assim como os serviços de higiene mental; assistir supletivamente a outros órgãos públicos e entidades privadas na prestação de serviços de proteção e recuperação da saúde mental; estabelecer normas e padrões para os serviços que são objetos de sua competência. (SANTOS, 1992, p. 66).

Neste momento, também se faz como exigência de atuação para o tratamento da saúde mental nos ambulatórios e centros de saúde mental, a equipe multiprofissional, permitindo a outros saberes da ciência ter voz e voto neste meio, até então comandado por psiquiatras.

Entre os anos de 1978 e 1980 inicia um movimento de desinstitucionalização da psiquiatria, contra o modelo hospitalocêntrico, com o movimento de Reforma Psiquiátrica que tem os trabalhadores da psiquiatria como os protagonistas desse movimento.

Esse movimento tem fortes influências do Movimento de Reforma Sanitária, resultando na atual rede de assistência psiquiátrica, que objetiva a inserção social do indivíduo atendido pela saúde mental, como será visto nos próximos itens detalhadamente.

1.2 OS MOVIMENTOS DA REALIDADE BRASILEIRA: COMPREENDENDO A REFORMA SANITÁRIA E O SUS.

No início do século XX, as transformações da industrialização capitalista e os modos de trabalho afetaram, principalmente, a vida dos trabalhadores e ter saúde igualava-se a ter condições para poder trabalhar. Com isso, as questões do saneamento e da saúde pública começam a ser discutidas, emergindo como forma de reivindicação do nascente movimento operário.

Com a aceleração da urbanização e as problematizações que configuravam a questão social à época, vinda da classe trabalhadora, era necessário que o Estado apresentasse respostas políticas, particularmente, para a situação precária no âmbito da higiene, saúde e habitação.

Esses acontecimentos foram relevantes para o movimento operário organizar-se e realizar duas greves gerais no país, uma no ano de 1917, no Estado de São Paulo, e outra no ano de 1919, passando a reivindicar por uma legislação trabalhista que garantisse melhores condições de trabalho e maiores salários, dando origem, assim, às primeiras leis trabalhistas.

Segundo Bravo (2006):

Neste período, também foram colocadas as questões de higiene e saúde do trabalhador, sendo tomadas algumas medidas que se constituíram no embrião do esquema previdenciário brasileiro, sendo a mais importante a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, conhecida como Lei Elói Chaves. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só os grandes estabelecimentos tinham condições de mantê-las. O presidente das mesmas era nomeado pelo presidente da República e os patrões e empregados participavam

paritariamente da administração. Os benefícios eram proporcionais às contribuições e foram previstos: assistência médica-curativa e fornecimento de medicamentos; aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. (BRAVO, 2006 p. 90).

Com as CAPs os operários tinham direito a assistência médica-curativa, fornecimento de medicamentos, aposentadoria tanto por tempo de serviço como nos casos de velhice ou invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. As CAPs eram financiadas pela União, empregadoras e empregados e administrada pelos empregados e empregadores, no entanto, o presidente era nomeado pelo Presidente da República. Contudo esse direito a saúde era restrito ao trabalhador, ou seja, um direito contributivo e era desigual também entre os setores, pois aqueles que conseguiam se organizar como as empresas ferroviárias e marítimas tiveram primeiramente seus direitos garantidos (BRAVO, 2006).

Esse contexto político-econômico pelo qual o Brasil passou devido ao processo de industrialização, início do século XX, ocasionou a precariedade de uma assistência médica para a população brasileira. O cenário desta época marca a fragilidade em que os trabalhadores encontravam-se e a precariedade das relações sociais, ocasionadas pelas desigualdades sociais, econômicas e políticas decorrentes de uma estrutura desigual de distribuição de renda e de direitos.

A partir disso, percebo que a saúde, enquanto política pública foi organizada com dois eixos: um da medicina previdenciária e outro da saúde pública.

O eixo da medicina previdenciária teve como ponto alto a constituição dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), a partir de 1930. Essa forma de previdência possuía duas peculiaridades que se colocaram na contramão dos direitos à saúde, como existe atualmente. A primeira refere-se ao caráter contributivo e não universal, pois, tinha como alvo principal responder as reivindicações dos trabalhadores, considerando-se que a organização e movimentos destes se davam, justamente, por aqueles que tinham emprego formal, geralmente, na indústria e no comércio, organizados em sindicatos e associações. Os benefícios advindos dos IAPs cobriam, de fato, um número significativo de trabalhadores urbanos, assalariados e que contribuía com o referido Instituto, mas não se estendiam, de forma universal, à grande massa de trabalhadores brasileiros, inclusive aos trabalhadores rurais (BRAVO, 2006).

A segunda peculiaridade foi o fato de o modelo ser “contencionista”, cuja ênfase está no acúmulo do fundo financeiro. A consequência foi a não ampliação de serviços e benefícios. As despesas com assistência médico-hospitalar foram definidas por limite de gastos ou padrão

previdenciário e não de acordo com as demandas da população.

O eixo da saúde pública, que estendeu-se até metade da década de 60 do século passado, teve como base a estruturação das condições sanitárias. O Departamento Nacional de Saúde (DNS), responsável pela coordenação dos serviços nos estados, atuou, especialmente, por meio de campanhas sanitaristas públicas para o conjunto da sociedade e, também, com o combate às endemias rurais.

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde que, na verdade, limitou-se a um mero desmembramento do antigo Ministério da Saúde e Educação, sem que isto significasse uma nova postura do governo e uma efetiva preocupação em atender aos importantes problemas de saúde pública de sua competência. Nesse período, estabelece-se a divisão social do trabalho entre o Ministério da Previdência e Assistência Social (criado em 1974) e o Ministério da Saúde (criado em 1953), isto é, uma seletividade de usuários de ambos os Ministérios para os seus respectivos serviços de saúde, ou seja, o primeiro destina-se à população mais diferenciada, partindo das características sociais do país, por estar formalmente inserido no mercado de trabalho, assim contribuinte do sistema previdenciário. Os serviços públicos vinculados ao Ministério da Saúde destinam-se, então, ao atendimento da população de mais baixa renda, excluída do setor formal da economia (POSSAS, 1981).

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério de Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde. (BRAVO, 2006, p. 94).

A ditadura militar desde 1964 buscava consolidar sua hegemonia, no entanto essa não foi alcançada, e assim novas formas de legitimar a dominação burguesa e suas consequências foram buscadas.

Em 1966 a Previdência Social e os IAPs unificaram-se, com isso a medicina previdenciária cresceu e a saúde pública entrou em declínio. Nesse período implantou-se um modelo de privilegiamento do produtor privado, esse modelo dentre outras características estendeu a cobertura previdenciária a praticamente toda população urbana e após 1973 aos trabalhadores rurais, autônomos e domésticas.

Com isso a Política Social de 1974 a 1979 procurou maior efetividade no enfrentamento das expressões da questão social para canalizar as reivindicações. Em meados da década de 1960 até 1988, ocorrem mudanças significativas no sistema de proteção social brasileiro, devido à implantação de um regime autoritário no período caracterizado da ditadura militar. Neste período, houve uma ampliação das políticas sociais por um processo acelerado de privatizações nos setores de bens de consumo coletivo, como é o caso da saúde e da educação. Ao mesmo tempo, em meados da década de 70 o país assiste a um vigoroso movimento de setores da sociedade civil para a democratização da saúde, entendida como direito universal e que devia ser garantido pelo Estado e sob controle público, através dos conselhos de saúde.

A partir do início dos anos 1970, no período da redemocratização, as críticas aos serviços de saúde orientados por um modelo médico-cêntrico, curativo e previdenciário suscitaram bandeiras de luta para a construção de um sistema de saúde. Nisso os representantes do pensamento crítico em saúde começam a se articular com a sociedade que estava construindo seus movimentos reivindicativos e denunciando a falência do sistema previdenciário (TEIXEIRA, 1989).

Em seu livro, “Reforma Sanitária em busca de uma teoria”, Teixeira afirma que:

[...] como processo de redemocratização do país, a área de saúde passou a sofrer as influências do fortalecimento dos movimentos dos profissionais do setor, e da crescente tematização da questão da saúde na sociedade em geral. (TEIXEIRA, 1989, p. 92).

O Movimento de Reforma Sanitária, no período da abertura política, deu importante contribuição para reanimar os princípios democráticos na vida social e apontou reorientações para a construção de um novo modelo de atenção sócio-política da saúde. Os reformistas buscavam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e a integralidade das ações. No Brasil, crescia o debate sobre o direito à saúde. Em um sentido mais amplo, significava a garantia de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação em todos os níveis, assegurado pelo Estado.

A década de 1980 foi um período de superação do regime de ditadura existente no país desde 1964 e da crise econômica mundial que vinha desde 1970, no entanto, neste momento de democracia a saúde contou com a participação de novos sujeitos sociais, que passaram a discutir as condições de vida da população e as propostas apresentadas pelo governo, o debate assumiu dimensão política.

Dentre esses novos sujeitos sociais estavam: sociedade civil, movimentos sociais urbanos, os partidos políticos de oposição, profissionais da saúde que ultrapassando o corporativismo defendiam juntamente com os outros sujeitos a melhoria das condições de vida e saúde, buscando o fortalecimento da saúde pública.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destacam-se os profissionais de saúde, representados por suas entidades que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno dos temas saúde e Democracia e de elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição que começaram a colocar a temática nos seus programas e viabilizaram debates no congresso para discussão da política do setor; além dos movimentos sociais urbanos que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil. (BRAVO, 2006).

Segundo Carlos Simões:

Na VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília em 1986, foram debatidos inúmeros temas inovadores, sobretudo sobre a instituição de um sistema único (inspirado no modelo inglês) e a relação entre saúde pública a sociedade, com a participação de entidades representativas da sociedade civil. (SIMÕES, 2014. p. 127).

Em 1986, realiza-se a VII Conferência Nacional de Saúde que introduz o direito à saúde pública na vida de toda a população. Antes, o que era para alguns agora é universal propondo, além do Sistema Único, a Reforma Sanitária. Contou com a participação de técnicos do setor saúde, de gestores e da sociedade organizada, recomendando um modelo de proteção social com a garantia do direito à saúde integral.

Nessa década, a saúde é discutida com a participação de novos sujeitos sociais, que contribuíram para um amplo debate sobre as condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor. Esses novos sujeitos eram os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, ultrapassando, assim, o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da saúde e o fortalecimento do setor público de saúde. Mas não eram somente os trabalhadores da área de saúde que protagonizaram.

Da década de 1990 até meados da primeira década dos anos 2000, percebo uma grande decadência dos direitos sociais já conquistados pela sociedade civil através de muitas lutas, isso porque entra-se no período da hegemonia do Sistema Neoliberal.

Segundo Bravo (2006) o Sistema Neoliberal foi e é até os dias atuais o maior responsável pelas privações desses direitos à população, cita-se como exemplo: a redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Seguindo ainda essa lógica do sistema neoliberal no Brasil, entendo que houve uma retração por parte do Estado em garantir os direitos sociais conquistados pela população, o qual transfere suas responsabilidades para o setor privado e sociedade civil.

O Estado tem um redimensionamento influenciado pela Política Neoliberal, assim a força conservadora brasileira entrou em cena para que a Constituição não fosse regulamentada, lutando para a redução dos direitos sociais e trabalhistas, pelo sucateamento da saúde e educação e o desmonte da Seguridade Social reduzindo-a a previdência social, retornando a ideia de que só tem o direito quem é contribuinte.

A Reforma do Estado ou Contra Reforma é a estratégia de colocar o Estado como promotor e regulador, transferindo para o setor privado as atividades que antes eram suas, vinculando a saúde e outras políticas sociais ao mercado, estabelecendo parcerias com a sociedade civil, Organização Não Governamental (ONG) assumindo apenas os custos, priorizando a assistência médica-curativa em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde e muitas outras propostas que vem em detrimento da Reforma Sanitária (CAMPA, 1985).

Percebo que através da “ausência” do Estado em garantir tais direitos, acabou gerando a refilantropização da questão social, bem como a mercantilização dos serviços sociais, trazendo graves consequências para a população como o sucateamento da maioria dos serviços de saúde, seguindo essa mesma perspectiva, Montañó cita o seguinte:

A precária intervenção do Estado, a refilantropização da questão social e a remercantilização dos serviços sociais consolidam-se em três modalidades de serviços: O privado - mercantil de boa qualidade; o estatal - gratuito precário; e, o filantrópico - voluntário geralmente de qualidade duvidosa. A estas três modalidades de serviços correspondem respectivamente, três categorias de cidadãos: os integrados consumidores, os excluídos usuários e os excluídos assistidos. Sendo assim, as elites e a classe média passam a contar com serviços sociais privados de qualidade e os pobres com atendimento público de duvidosa qualidade. (MONTAÑO, 2003, p.152)

Diante do breve histórico sobre a política de saúde pública no Brasil, entendo que a mesma passou por um processo de evolução, influenciada pelas lutas, reivindicações e necessidades sociais da população.

O movimento de Reforma Sanitária foi de suma importância, tendo como proposta em sua luta a implantação do Sistema Único de Saúde no Brasil, com atendimento universal e integral para todos, sendo uma das estratégias da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Percebem-se mudanças importantes, a partir de 1988, ano em que é promulgada a Constituição do Brasil, denominada Constituição Cidadã sendo um marco fundamental na redefinição das prioridades da política do Estado, na área da saúde pública. Nesta Carta, a saúde foi reconhecida como direito a todos e obrigação do Estado e devendo organizar-se para prestar assistência por meio de um Sistema Único de Saúde (SUS). Ao longo de 1989, as negociações concentraram-se em torno da lei complementar que daria bases operacionais para o SUS.

A Constituição Federal prevê que:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização, e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I-descentralização com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

A normatização do direito à saúde dar-se-ia em 1990, com a aprovação de duas Leis, 8.080/90 e 8.142/90. A Lei Orgânica 8.080 de 19/09/1990, “dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências” (COLETÂNEA DE LEIS, 2005, p. 111), assegurando a saúde como um direito fundamental do ser humano e devendo o Estado, através de políticas sociais, promover condições necessárias para que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso a esse direito.

Segundo a Lei nº 8.080/90, Título I: Das Disposições Gerais:

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (COLETÂNEA DE LEIS, 2005, p. 112).

O SUS propõe uma nova concepção de saúde agora ampliada, pois passa a considerar, também, outros fatores que, direta ou indiretamente, estariam associados ao se pensar a saúde e qualidade de vida como aspectos econômicos, sociais, culturais e biotecnológicos. A estratégia do SUS de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país, como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, à alimentação, à urbanização desordenada, à qualidade do ar e da água ameaçados e deteriorados que potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (CAÇAPAVA et al., 2009).

Conforme a cartilha SUS princípios e conquista, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, o SUS é norteado por alguns princípios, quais sejam: universalidade; integralidade; equidade; regionalização e hierarquização; participação e controle social e descentralização.

O princípio da equidade não consta em nenhum documento legal que constitui o SUS, segundo o mesmo o princípio utilizado é o da igualdade, então estes princípios podem ser definidos como:

- Universalidade – o direito a saúde para todos, sem qualquer barreira de acessibilidade.
- Integralidade – significa que todas as pessoas devem ter acesso a todas as ações e serviços exigidos para cada caso ou situação em todos os níveis de saúde.
- Igualdade (princípio da equidade) – significa tratar todas as pessoas sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie ou tratar as pessoas conforme as suas necessidades;
- Regionalização e Hierarquização – significa a distribuição dos estabelecimentos de saúde em um dado território, onde os serviços sejam organizados em níveis de complexidade. O Acesso da população à rede deve se dar, preferencialmente através dos serviços de nível primário de atenção, se não for resolvido referenciar para um nível de maior complexidade.
- Participação e Controle Social – é a participação da comunidade para democratizar os serviços e as decisões em relação à saúde, buscando assegurar o controle social sobre o SUS.
- Descentralização – significa a diversidade regional onde as decisões do SUS seriam tomadas, não sendo apenas em Brasília, e sim em cada município, estado e Distrito Federal. (PAIM, 2009, p. 56 a 58).

Assim, o SUS precisa ter ações contínuas no sentido da promoção, da proteção, da cura e da reabilitação. Estes princípios vieram ao encontro da questão do acesso aos serviços, que muitas vezes é prejudicado por conta da desigualdade social entre os indivíduos. Neste sentido, fala-se em prioridade no acesso às ações e serviços de saúde por grupos sociais

considerados mais vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. Da mesma forma, e exatamente porque essas questões remetem à tradição brasileira de direitos sociais vinculados a um contrato compulsório de caráter contributivo, contrapostos a medidas assistencialistas aos carentes, a equidade na universalização do direito à saúde está estreitamente vinculado às mudanças das políticas de saúde no interior de um processo de alteração da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, da alteração do sistema de poder no país (COHN et al., 2010).

Outra diretriz muito importante ao SUS e que, certamente, está ligada também a uma mesma raiz democrática pertinente ao sistema é a participação comunitária e a criação dos conselhos. A participação comunitária foi assegurada por lei (8.142/1990), o que valoriza a ideia de democracia participativa. Neste mesmo sentido da valorização do SUS como um patrimônio e responsabilidade de todos, foram criados, em 2006, três pactos: o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Do ponto de vista da concepção das políticas para saúde, todos devem ser considerados.

O Sistema Único de Saúde foi promulgado na Constituição Federal de 1988, porém conforme mencionado no próximo item, às dificuldades da sua efetivação são muitas, com isso após um amplo debate e processo de discussão resultou a Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96) que culminou com a assinatura da Portaria Nº 2.203, publicada no Diário Oficial da União de 6 de novembro de 1996.

A Norma Operacional Básica define estratégias e movimentos táticos, para aperfeiçoar a gestão do SUS e a operacionalidade deste sistema, tem por finalidade primordial promover e consolidar os princípios do SUS, com a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Para Nogueira (2008, p. 220) as inovações mais radicais relativas ao modelo de atenção proposto pela legislação do SUS somente teve início com essa norma operacional.

Conforme a NOB- SUS/96:

Assim, esse poder se responsabiliza como também pode ser responsabilizado, ainda que não isoladamente. Os poderes públicos estadual e federal são sempre corresponsáveis, na respectiva competência ou na ausência da função municipal (inciso II do Artigo 23, da Constituição Federal). Essa responsabilidade, no entanto, não exclui o papel da família, da comunidade e dos próprios indivíduos, na promoção, proteção e recuperação da saúde. Isso implica aperfeiçoar a gestão dos serviços de saúde no país e a própria organização do Sistema, visto que o município passa a ser, de fato, o responsável imediato pelo atendimento das necessidades e demandas de saúde do seu povo e das exigências de intervenções saneadoras em seu território. (BRASIL, 1996, p. 30).

A NOB aperfeiçoa a gestão do SUS, mas também reordena o modelo de atenção à saúde. O SUS está consolidado na Constituição Federal e tem seus princípios postos na Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), suas Normas Operacionais Básicas, ou seja, o Sistema tem sua base pautada na lei, contudo o problema não está no sistema, está na discrepância entre a lei e a operacionalização.

Essa tendência de privatização da saúde é um dos piores entraves existentes no contexto atual, pois a saúde está sendo “engolida” pelo sistema econômico, fazendo com que, ideologicamente, as pessoas, ao invés de acreditarem e lutarem pela saúde pública, passem a desacreditar do SUS, buscando planos de saúde privados descaracterizando o público.

Entendo que o SUS é considerado como um direito social e embora sejam inegáveis seus avanços, é preciso compreender que o real está bem longe do ideal, não pode-se deixar de reconhecer que esse sistema também padece de grandes problemas, que acabam causando insatisfação dos cidadãos, dos profissionais e demais trabalhadores inseridos nesse sistema. Vários são os maus tratos e desrespeito ao direito à saúde.

Parte da população não consegue ter acesso ao SUS, outra parte aguarda a longa fila de espera para consultas, exames, cirurgias, encaminhamentos e na marcação para serviços mais especializados, muitas vezes essa espera demora anos. Faltam médicos, pessoal, medicamentos e até insumos básicos. Os profissionais não estão preparados para atender bem a população, sem contar que as condições de trabalho e de remuneração são geralmente muito ruins. São precários os serviços de reabilitação, o atendimento aos idosos, a assistência em saúde mental e os serviços odontológicos.

A consolidação plena do SUS esbarra na ausência de vontade política de alguns governantes e na falta de organização da sociedade, especialmente a população em situação de pobreza que têm dificuldades de mobilização para pressionar as autoridades porque muitas vezes não tem conhecimento de seus direitos.

As dificuldades do SUS não podem ser generalizadas, pois muitos municípios assumiram a saúde de seus cidadãos, e em consonância com a lei prestam atendimento com qualidade e dignidade a toda à população.

Com o que foi apresentado acima, neste trabalho, posso considerar, sem dúvidas, que este sistema é um grande avanço na história das conquistas do povo brasileiro.

Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu espaço, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de

modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer, além daqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades, no território onde vivem e trabalham (VARELA, 2013).

Em tempos de desmontes não pode-se parar e desacreditar. É necessário que a luta continue para garantir a cobertura universal e equitativa. À medida que a participação do setor privado no mercado aumenta, as interações entre os setores públicos e privado criam contradições e injusta competição, levando a ideologias e objetivos opostos, que geram resultados negativos na equidade, no acesso aos serviços de saúde e nas condições.

1.3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: NOVOS RUMOS E CAMINHOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL.

Nos anos 1970, ocorre o início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, um processo contemporâneo ao “movimento sanitário”, em favor da mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (BRASIL, 2005).

Depois de um longo período de repressão com a Ditadura Militar, que até então impossibilitava a manifestação e participação política da sociedade civil no país, em 1978, assistiu-se à reemergência dos principais movimentos sociais.

Os principais objetivos e palavras de ordem no período foram, segundo Vasconcelos:

Denúncias e mobilizações pela humanização dos hospitais psiquiátricos tanto público quanto privados, alguns dos quais foram identificados como verdadeiros campos de concentração;

Denúncias da indústria de loucura nos hospitais privados conveniados ao INAMPS; Denúncias e reivindicações por melhor condição de trabalho nos hospitais psiquiátricos, principalmente no Rio de Janeiro;

Primeira reivindicação pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental, apesar do movimento não ter ainda bem claro como deveria ser organizados os serviços. (VASCONCELOS, 2009, p. 23).

O marco do Movimento Brasileiro segundo Amarante (1995) foi o episódio que ficou conhecido como a crise da DINSAN (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão do Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor saúde

mental. Os profissionais das quatro unidades da DINSAN deflagram uma greve em abril de 1978, após a demissão de 260 estagiários e profissionais.

A crise foi anunciada a partir da denúncia realizada por profissionais médicos, ao exporem as situações irregulares de alguns hospitais, trazendo a público a trágica situação existente. Este fato repercutiu localmente, acabando por mobilizar profissionais de diversas unidades e recebendo apoio de diversos movimentos. Assim sucedem-se diversas reuniões periódicas em grupo, assembleias, ocupando discussões em sindicatos e demais entidades da sociedade civil, constituindo o Movimento dos trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

O processo de Reforma Psiquiátrica, no Brasil, iniciou ao final dos anos de 1970 com a crise do modelo de assistência, centrado no hospital psiquiátrico, e com a eclosão do Movimento Sanitarista que lutava por mudanças na atenção à saúde, com a denúncia de médicos psiquiatras ao Ministério da Saúde, dos abusos e violações cometidos nos hospitais psiquiátricos, e com a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM).

A Reforma ocorre no contexto internacional de mudanças relacionadas à superação da violência ocorrida nos manicômios.

Amarante compara o movimento pela reforma sanitária com o movimento pela reforma psiquiátrica. Observa que a reforma sanitária, de uma perspectiva inicial de crítica quanto à natureza do saber médico, torna-se um conjunto de medidas de cunho administrativo, sem o questionamento das abordagens técnicas centradas quase exclusivamente em sintomas, no especialismo, na cultura medicalizante e no intervencionismo diagnóstico e terapêutico. Considera que o movimento pela reforma psiquiátrica foi além, porque busca transformações qualitativas no modelo de saúde e não meramente de reorganização administrativa. (HIRDES, 2009 p. 299).

Irei destacar, aqui, alguns momentos históricos importantes para a compreensão da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O primeiro deles é a realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, em desdobramento à 8ª Conferência Nacional de Saúde. Reuniu 176 delegados eleitos em pré-conferências estaduais e, entre as suas recomendações, estão: a orientação de que se combata a psiquiatrização, a necessidade de participação da população na elaboração, implementação e tomada de decisão das políticas de saúde mental e a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica (AMARANTE, 1995).

Um importante marco histórico para o setor da saúde mental, conforme Hirdes (2009) foi a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas, em 1990, na qual promulgou-se o documento final intitulado “Declaração de

Caracas”. Nele, os países da América Latina, inclusive o Brasil, comprometem-se a promover a reestruturação da assistência psiquiátrica, rever criticamente o papel centralizador e hegemônico do hospital psiquiátrico, preservar a dignidade pessoal, os direitos civis, os direitos humanos dos usuários e propiciar a sua permanência em seu meio comunitário.

A Declaração de Caracas, como ficou conhecido o documento final desta Conferência, define como essencial a elaboração de modelos alternativos de assistência implantados nas comunidades, tirando o hospital psiquiátrico do centro da assistência e garantindo a manutenção da dignidade pessoal, dos direitos humanos e civis, além da capacitação de recursos humanos em saúde mental e a realização de uma assistência psiquiátrica voltada ao serviço de saúde comunitária que recomende a internação psiquiátrica, quando necessária, em hospitais gerais, garantindo a atenção integral da saúde desses indivíduos e a participação de usuários e familiares no planejamento e na implantação dos programas de saúde mental (BRASIL, 2005).

A reforma psiquiátrica, no Brasil, foi inspirada pela experiência italiana liderada por Franco Basaglia, que partia do pressuposto de que “[...] quando dizemos não ao manicômio, estamos dizendo não à miséria do mundo e nos unimos a todas as pessoas que no mundo lutam por uma situação de emancipação” (BASAGLIA, 1982, p. 29).

A reforma psiquiátrica italiana traz o conceito de desinstitucionalização como sinônimo de desconstrução. Não trata-se apenas da saída da instituição, mas da negação da própria psiquiatria como a instituição que aprisionou a loucura no conceito de doença mental e fundamentou cientificamente as práticas excludentes que são conhecidas. Em *A Instituição Negada* (1985), Basaglia afirma que a instituição a ser negada não era nem a doença mental, nem a psiquiatria, mas o mandato social outorgado à psiquiatria para isolar os sujeitos.

Para Basaglia (1985) o problema não era a doença em si, mas o tipo de relação que instaura-se com o doente. A ideia não era, portanto, a de suspensão do tratamento psiquiátrico, mas a de construção de novas possibilidades de entender e tratar a loucura. Assim, o fim do aparato psiquiátrico tradicional deveria acontecer concomitantemente à construção de um circuito de atendimento que oferecesse e produzisse cuidados e novas formas de sociabilidade (BASAGLIA, 1985).

O movimento da Reforma Psiquiátrica é um movimento social e político, derivado de lutas sociais de todos aqueles que buscam uma nova forma de cuidado. Esse movimento pela reforma psiquiátrica ainda está em curso e depende de todos aqueles que “vestem a camiseta” e que buscam, coletivamente, construir uma nova forma de atenção e cuidado às pessoas com transtornos mentais. É preciso entender como um processo político e social complexo, tendo

em vista, ser o mesmo uma combinação de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios.

Assim, segundo Yasui:

Como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica (RP) também, se configura, não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas. Lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação. Portanto, campo de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade. (YASUI, 2007, p.26).

Por ser um movimento social complexo, a Reforma Psiquiátrica envolve quatro dimensões (AMARANTE, 1996): Dimensão técnico-conceitual; técnico-assistencial, jurídico-política e sócio-cultural.

Quando fala-se da dimensão técnico-conceitual, refiro-me ao campo epistemológico, sobre os conceitos e teorias do campo da psiquiatria-psicologia, ou seja, “sobre quais bases teóricas e conceituais este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade” (AMARANTE, 1996, p. 50). Através dessa dimensão passa-se a reinventar, pois existe um processo de desconstrução/construção de um novo olhar para o entendimento da doença mental, saúde mental, do isolamento como forma de cuidar, da normalidade, do lugar do louco, etc.

A dimensão técnico-assistencial “trata-se de construir possibilidades materiais para os sujeitos” (AMARANTE, 1996, p. 50), ou seja, é a construção de uma rede de cuidados, pensar os novos serviços e espaços sociais que venham a substituir e romper com o modelo terapêutico tradicional de cuidado.

No que tange a dimensão jurídico-política existe a preocupação com as questões legais, trata-se da revisão necessária das legislações (sanitária, civil e penal) no que compreende o entendimento da doença mental, psicopatia, “loucos de todo o gênero”. Por consequência trata-se também das questões dos direitos dos sujeitos o direito ao trabalho, à família, aos amigos, à vida social e coletiva, refere-se à cidadania.

Como consequência e simultaneamente às outras dimensões existe a dimensão socio-cultural que busca uma transformação no imaginário social relacionado com a loucura, a doença mental, a anormalidade, e assim por diante. “Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes”

(AMARANTE, 1996, p. 51).

Pensar a Reforma Psiquiátrica enquanto um movimento social complexo exige perceber todas essas dimensões, pois é necessário olhar e perceber a reforma em sua totalidade. Isso torna o movimento complexo, uma vez que exigirá uma transformação para além das questões de local de cuidado, tendo uma dimensão política, cultural e de conceito o que torna ainda mais difícil de transformar, pois, vive-se em um momento em que as coisas estão cada vez mais sendo tratadas em suas fragmentações.

Assim, o movimento de reforma psiquiátrica reafirma que a construção de uma sociedade democrática passa pela constituição de sujeitos livres e iguais perante a lei, ou seja, a desinstitucionalização significa o resgate da cidadania e da possibilidade de vivência democrática, através do seu protagonismo no tratamento e na comunidade.

Paulo Amarante (1996) demarca e distingue diversas formas de desinstitucionalização e, conseqüentemente, os diferentes projetos de reforma que desses decorrem. São três as formas consideradas: a desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência e como desconstrução. Antes de apresentá-las, cabe ressaltar que nenhuma delas existe independente das demais. De acordo com o momento, o local e a conjuntura, uma dessas possibilidades adquire maior visibilidade.

A desinstitucionalização como desospitalização, cuja origem remonta aos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, considera que a implantação de medidas saneadoras e racionalizadoras provocam um rearranjo administrativo dos equipamentos de saúde, assim como a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidados. Esta seria a reforma suficiente. Vale frisar, ainda, que a desinstitucionalização como desospitalização é uma visão de cunho econômico para a administração de recursos estatais, aproximando-se do modelo sanitário de gestão em saúde.

Quando a substituição do modelo hospitalar por recursos na comunidade falha, a desinstitucionalização torna-se desassistência. Conseqüentemente, os familiares ficam temerosos que seus parentes sejam abandonados à própria sorte, enquanto grupos interessados no fracasso da reforma utilizam tal possibilidade como ameaça constante para retardar as mudanças.

A terceira e última forma de desinstitucionalização considerada por Amarante é a desconstrução. Nesta, aborda-se criticamente o modelo psiquiátrico em um jogo de negação das instituições caracterizadas pela violência consentida, caminhando-se para a construção de novos espaços de subjetivação. Esta forma de desinstitucionalização traria, como

consequência, uma mudança na mentalidade manicomial e na forma de se enxergar e conviver com a loucura.

A proposta de desinstitucionalização tem ressonância na sociedade pelos aspectos econômicos, afetivos e ideológicos que produz. Entendendo essa metamorfose como partindo do descrédito atribuído aos lugares de segregação, a transformação do modelo em saúde mental como expressão de outra política torna-se um conjunto instável, repleto de conflitos, de tensões, de crises e de derrapagens.

As ações em Saúde Mental contemplam não apenas novas técnicas terapêuticas, mas “constituem outra política, uma ética de inclusão - um novo paradigma...” (FURTADO, 2005, p. 113).

Para a consolidação da Reforma Psiquiátrica, implantou-se uma rede de serviços de atenção diária substituindo o modelo hospitalar que, ao longo da história, mostrou sua produção da loucura, da segregação e o desrespeito aos direitos humanos, impulsionando a realização de transformações nas instituições de saúde mental.

No ano de 2001, finalmente, após 12 anos aprova-se a lei 10.216, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica que: “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Esta lei é composta por 13 artigos que são divididos segundo o seguinte ordenamento:

Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas portadores de transtorno mental; Art. 3º - estabelece as responsabilidades concernentes ao Estado; Art. 4º ao 10º - definem, disciplinam e regulamentam os tipos de internação psiquiátrica; Art. 11 - trata das pesquisas científicas que venham a envolver pacientes/usuários de serviços de saúde mental; Art. 12 - cria uma Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei; Art. 13 - faz vigorar a lei a partir da data de sua publicação. (BRASIL, 2001, p. 94).

O texto legal estabelece os direitos da pessoa “portadora” de transtorno mental, determina que seja responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, bem como a assistência e a promoção de ações de saúde, com participação da sociedade e da família. A internação só é prevista, quando se esgotarem os recursos extra-hospitalares.

A Lei 10.216/01 coloca em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos da pessoa com sofrimento psíquico, onde o Ministério Público Estadual assume uma função reguladora.

A normatização do novo modelo assistencial será complementada por outras portarias e leis como, por exemplo, a Portaria GM 336, de 19 de fevereiro de 2002, que irá estabelecer

que os Centros de Atenção Psicossocial possam ser constituídos em três modalidades: CAPS I, CAPS II e CAPS III, CAPS i e CAPS ad, definidos por ordem crescente de porte / complexidade e abrangência populacional.

Os CAPS I são os centros de menor porte, existentes em municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes. Estes se utilizam de uma equipe mínima de nove profissionais, têm como usuários adultos com transtornos mentais severos e persistentes.

Os CAPS II são os centros de médio porte e atendem a municípios com uma população com mais de 50.000 habitantes. Os usuários deste centro são os adultos com transtornos mentais severos e persistentes e contam com uma equipe mínima de 12 profissionais.

Os CAPS III são os serviços de maior porte da rede CAPS. São capazes de dar cobertura aos municípios com mais de 200.000 habitantes. Os serviços disponibilizados são de grande complexidade, uma vez que funcionam 24 horas em todos os dias da semana, inclusive feriados. Com no máximo cinco leitos realiza acolhimento noturno quando necessário (internações curtas, de algumas horas a no máximo sete dias). Dispõe de, no mínimo, 16 profissionais (nível médio e superior), além da equipe noturna e de final de semana, e têm capacidade de atender cerca de 450 pessoas por mês.

Os CAPSi são centros especializados em atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. São instituições, geralmente necessárias, para dar resposta à demanda em Saúde Mental em territórios com mais de 200.000 habitantes. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm suporte para acompanhar cerca de 180 crianças e adolescentes por mês. A equipe mínima para estas instituições é de 11 profissionais de nível médio e superior.

Os CAPSad são especializados em atender pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e atendem cidades com mais de 200.000 habitantes, assim como municípios de fronteira (rota de tráfico) ou cenários epidemiológicos importantes. Sua equipe mínima é de 13 profissionais.

Nos CAPS, as pessoas que podem receber atendimento, são aquelas que apresentam intenso sofrimento psíquico, pessoas com transtornos mentais severos ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas), assim como, as crianças e adolescentes com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) tornam-se dispositivos que têm um papel importante para a concretização das ações preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

Segundo a Cartilha do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS podem ser definidos como:

[...] instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimulando sua integração social e familiar, apoiando suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. (BRASIL, 2004, p. 17).

Serviço aberto de atenção diária da rede ambulatorial é destinado ao tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e severos, o tratamento é personalizado, realizado por equipe multidisciplinar, normatizado pela Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002.

Dessa forma os CAPS têm como objetivo ser substitutivos as internações em hospitais psiquiátricos. Para isto segundo o Ministério da Saúde, devem:

- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- promover a inserção social dos usuários através de ações Intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;
- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, Programa de Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. (BRASIL, 2004, p.13).

Assim os CAPS são um grande resultado desse movimento, é um avanço significativo no modo de cuidar a loucura, são novos lugares para cuidar o “louco” que antes deveriam ficar presos. Visam à reabilitação psicossocial das pessoas com transtorno mental na sociedade, mas não somente isso é uma forma também de mostrar para essa sociedade, preconceituosa que e possível sim cuidar sem trancar, que não precisa esconder o diferente, os “fora dos padrões”.

A Atenção Psicossocial como uma instância de produção de cuidados oferece diversos tipos de atividades terapêuticas. Esses recursos vão além do uso de consultas e de medicamentos, e caracterizam o que vem sendo denominado de clínica ampliada: psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, assembleias, atendimento domiciliar e aos familiares. A ideia e a prática desta clínica vem “provocando mudanças nas formas tradicionais de compreensão e de tratamento dos transtornos mentais” (Brasil, 2004, p. 56).

Assim, a implantação dos CAPS, como estratégia de transformação na assistência em Saúde Mental, organizando e regulando a rede de cuidados de um território, revolucionou o modo de se relacionar com a loucura, com a crise e com suas saídas. O CAPS se propõe como

um lugar de produção de cuidados, de produção de subjetividades mais autônomas, de espaços sociais de convivência, sociabilidade, solidariedade e inclusão social. Lugar para articular o particular, o singular do mundo de cada usuário, com a multiplicidade, com a diversidade de possibilidades de invenções terapêuticas. (YASUI, 2007, p.159).

É importante salientar que todo o processo da Reforma Psiquiátrica pressupõe para a desinstitucionalização da loucura transformações culturais e subjetivas na sociedade. Costa-Rosa (2013) alerta sobre a necessidade de uma atuação diferenciada do trabalhador da saúde mental e daqueles que são atendidos por tais instituições, sendo assim ela torna-se uma das categorias de análise central nesse projeto.

Pensamos que de nada adianta abrir novos serviços se o conjunto das práticas desenvolvidas no interior dos mesmos se assemelha às práticas do interior do manicômio. O trabalhador é um dos protagonistas de uma mudança que começa no espaço mais restrito das relações interpessoais e interprofissionais, gerando um novo modo de organizar o processo de trabalho centrado nas demandas do território. Dessa forma, será possível repensar o contexto global onde o trabalho acontece, compreendendo o serviço como um todo (seu modo de funcionamento, sua organização, sua localização, sua gestão) e sua inserção na política local, contemplando as complexidades inerentes ao território que governa. (PINHO, 2012, p. 26).

Quando fala-se em atenção psicossocial, em rompimento dos manicômios e hospitais psiquiátricos é importante atentar para o que traz Pinho, 2012 que vai de encontro com o que penso. Um dos pontos que é preciso refletir no contexto da Reforma Psiquiátrica é de que necessita-se ter trabalhadores protagonistas, que lutem de fato por uma sociedade livre, que coloquem em suas práticas cotidianas o cuidado como questão central e principalmente saibam o que vem a ser o contexto de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica.

A desinstitucionalização consiste no processo de desconstrução de práticas manicomiais e construção de novos saberes, os quais sejam capazes de privilegiar a subjetividade e autonomia do indivíduo, bem como o livre exercício de sua cidadania.

Pelbart, insiste que não é uma questão apenas de destruir os manicômios, nem acolher os loucos ou relativizar a noção de loucura = “Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão” (Pelbart, 1989, p. 106). Neste sentido, combater os manicômios mentais coloca-se como a invenção de um território de existência antimanicomial, com práticas e ações intersetoriais a fim de trilhar novos territórios

existenciais, quem sabe aqueles ocupados por signos da desrazão e, interferir diretamente nos modos de produção, abrindo um amplo terreno de construções singulares de vida.

Para que se possa pensar no movimento da Reforma psiquiátrica na lógica da desinstitucionalização faz-se necessário logo pautar a discussão sobre redes, uma vez que essa é o que tem na proposta da reforma, pensar o cuidado em rede, assim uma das categorias que busca compreensão é a de rede, mais especificamente entender o que vem ser a proposta da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que a partir dessa Portaria nº 3.088/2011 a RAPS passa a ser constituída pelos seguintes componentes:

- Atenção Básica em Saúde: UBSs, Consultórios de Rua, Centros de Convivência;
- Atenção Psicossocial Especializada: CAPS I, II, III, CAPS AD, AD III e CAPSi;
- Atenção de Urgência e Emergência: SAMU 192, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, pronto atendimento, UBS, CAPS e outros;
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidades de Acolhimento, comunidades terapêuticas;
- Atenção Hospitalar: enfermarias especializadas em hospitais gerais, Serviço Hospitalar de Referência;
- Estratégias de Desinstitucionalização: iniciativas que buscam garantir às pessoas em situação de internação de longa permanência os seus direitos, promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social;
- Reabilitação Psicossocial: iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários, cooperativas sociais (BRASIL, 2011, p. 21).

É importante entender que o trabalho na Reforma Psiquiátrica não há uma solução mágica ou definitiva, como pode-se observar acima é necessário pensar a partir de uma lógica de rede, com vários pontos de cuidado em seus diferentes processos e para pensar como um processo revolucionário é preciso entender que:

O trabalho/ cuidado emancipatório, característico da atenção psicossocial, não se realiza pelo uso de uma determinada técnica, nem pela realização num determinado lugar, ou pela qualificação profissional de quem o realiza, ou pela especificidade de quem é atendido. Ele ocorre pela Desalienação de todos os envolvidos (usuários e profissionais), pelo reconhecimento de que somos, todos, sujeitos e cidadãos com direito à liberdade e com responsabilidade pelas escolhas livres que fazemos, livres na medida em que dizem sobre a nossa participação social. (OLIVEIRA, 2007, p. 701).

Para a efetivação da reforma, tem-se em questão um campo marcado por tensionamentos da esfera econômica, política e cultural, neste sentido, deve-se retomar o movimento da Luta Antimanicomial enquanto movimento social que posiciona-se em relação a loucura, ao cuidado e sobretudo a cidadania e a liberdade. Lembro também que vive-se sobre a lógica do capitalismo e é preciso que sejam utilizados tanto dos espaços garantidos institucionalmente para este fim como dos espaços de produção e transmissão do

conhecimento para a problematização e construção de um novo projeto de sociedade.

A implementação e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passam por diversos desafios, que devem ser pensados e discutidos em conjunto pelos diferentes atores que participam dessa construção, incluindo profissionais, usuários, familiares, gestores, governantes. É de conhecimento que a maneira como os serviços estão organizados dependem de inúmeros fatores, que vão desde os limites, capacidades, perspectivas e visões de mundo dos indivíduos que compõem essa rede, até as questões relacionadas a processos sociais complexos, alicerçados no modo de produção capitalista.

Assim, entende-se que a consolidação da RAPS não é um processo fácil e que os problemas que se apresentam não podem ser solucionados com medidas rápidas e genéricas. As propostas devem partir da análise e reflexão sobre a realidade da população atendida, possibilitando avanços concretos em serviços que atendam às necessidades dos usuários, demandando assim uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Como lembram Yasui e Costa-Rosa (2008), é fundamental que se viabilize “(...) a criação e expansão concretas de uma rede de atenção e cuidados baseada em um território e pautada nos princípios de integralidade e participação popular” (YASUI; COSTA-ROSA, 2013, p. 29),

A viabilização de tal processo implica um desafio ainda maior, que refere-se a uma mudança de paradigma e visão acerca do modelo de atendimento que vem sendo proposto, não só no âmbito da saúde mental. Para isso, é necessário superar o modelo tradicional cujas estratégias de cuidado são centradas na sintomatologia e, por consequência, predominantemente medicamentosas, com ações funcionalistas que buscam meramente “(...) a adaptação de indivíduos queixosos, desequilibrados ou desajustados” (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p. 29). E essa mudança de paradigma torna-se ainda mais complexa se pensarmos que a formação básica dos profissionais de saúde em geral está pautada em perspectivas tradicionais, com disciplinas fragmentadas e pouco articuladas entre si.

No campo da saúde pública brasileira, a atenção primária tem, progressivamente, tornado-se uma prática privilegiada nas intervenções em saúde mental, em virtude da necessidade de produzir ações focadas no eixo territorial. Nesse contexto, tal como indicam os trabalhos de Sampaio e Barroso (2001), Casé (2001), Silva et al. (2001) entre outros, o Programa de Saúde da Família (PSF) configura-se como campo de práticas e produção de novos modos de cuidado em saúde mental, na medida em que tem como proposta a produção de cuidados culturalmente sensíveis, dentro dos princípios da integralidade e da territorialidade.

O surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF) nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS. O PSF nasceu da necessidade de se romper com o modelo assistencial em saúde, hegemônico no Brasil, caracterizado por oferecer atenção curativa, medicalizante, verticalizada, individualista, centrada no médico e de pouca resolutividade em termos dos problemas dos usuários do sistema.

Apresentando como compromisso a integralidade da atenção à saúde, o Programa de Saúde da Família (PSF), agora Estratégia de Saúde da Família (ESF), vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, sendo um dispositivo essencial na reorganização da atenção básica à saúde e na reorientação do modelo assistencial, uma vez que visa fixar nova dinâmica de trabalho na saúde pública (BRASIL, 2005).

Segundo Teixeira, são características fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS):

A extensão e a capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde, que não encontra paralelo em nenhum outro equipamento da rede. Sua atuação referida a demandas de saúde mais frequentes, que se encontram muitas vezes na fronteira entre os “problemas da vida” e a “patologia” objetivamente definida e que, portanto, nem sempre estão claramente configuradas como demandas cuja resposta mais adequada possa ser encontrada exclusivamente no arsenal diagnóstico-terapêutico da biomedicina; desta última característica decorrem duas outras fundamentais: a importância excepcional que adquire neste espaço [as chamadas] “tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais”, ou em outras palavras, a importância das tecnologias de conversa que facilitarão a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de “porta de entrada” não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais, que acabam por se traduzir em demandas de saúde ou simplesmente aí se apresentam pela ausência de outros espaços sociais de expressão. (TEIXEIRA, 2005, p. 228).

Estas características deixam evidentes a real potencialidade da atenção básica constituir-se no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em saúde mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial. Desta forma, considera-se que a inclusão da saúde mental nesse nível assistencial é estratégia importante para reorganização da atenção à saúde. A inserção das questões de saúde mental na política de implantação do PSF manifesta-se como uma forma efetiva de impedir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como locus privilegiado da intervenção.

Como resgatou-se ao longo deste primeiro capítulo, diversas mudanças foram ocorrendo ao longo dos anos, no que diz respeito à Política de Saúde no Brasil. Desta forma é possível perceber que isso significa um importante avanço, mas também não podemos ficar

com a ilusão de que tudo está conquistado, ainda mais em um contexto de avanço neoliberal. Vimos, também, que dentro da política de Saúde existe um “braço” que segue os mesmos princípios do SUS, a Reforma Psiquiátrica, que vem trazendo uma série de mudanças no cuidado com o modo de ver a saúde e, principalmente, a loucura.

Entendo que este capítulo dá subsídios para compreender a lógica de uma política, que busca cidadania, protagonismo e participação popular. Ao conhecer a historicidade, temos uma investigação, no sentido de “ir a campo” e com isso provocar uma intervenção qualificada o que amplia a visão de olhar crítico assim garantindo o cuidado integral.

2.0 OS CAMINHOS E (DES) CAMINHOS DE UM “NOVO” A SER DESCOBERTO: APRESENTADO O CONTEXTO DO ESTUDO.

CAMINHOS

Você me pergunta
 Aonde eu quero chegar
 Se há tantos caminhos na vida
 E pouca esperança no ar
 E até a gaivota que voa
 Já tem seu caminho no ar
 O caminho do fogo é a água
 O caminho do barco é o porto
 O do sangue é o chicote
 O caminho do reto é o torto (...)

Raul Seixas/Paulo Coelho

Pretendo ao longo desse capítulo contextualizar alguns dos movimentos de reforma psiquiátrica da cidade de Pelotas. Ao longo deste ponto da dissertação, será apresentado aos leitores um breve resgate histórico do Movimento da reforma Psiquiátrica em Pelotas. Logo em seguida será apresentado, com a pretensão de trazer maior aproximação com o local da pesquisa, um contexto sobre o CAPS Escola. Por fim, deste capítulo trago a proposta da pesquisa, as motivações em relação ao tema estudado, a justificativa da realização do estudo, os procedimentos metodológicos utilizados, caminhos e movimentos.

2.1 CONTEXTUALIZANDO A CIDADE DA PESQUISA: MOVIMENTOS DO CUIDAR EM SAÚDE MENTAL EM PELOTAS.

O município está situado às margens do Canal São Gonçalo, que liga as lagoas dos Patos e Mirim, estando na confluência das rodovias BR 116, BR 392 e BR 471, localizada a 250 km de Porto Alegre, da fronteira com o Uruguai, a 135 km por Jaguarão e a 220 km pelo Chuí, e a 600 km da fronteira com a Argentina. Em relação às ferrovias, está interligado ao ramal que dá acesso ao Porto de Rio Grande, já seu porto está situado no canal São Gonçalo e possui três armazéns alfandegários. Possui um aeroporto que está equipado para receber aviões de grande porte e apresenta quatro salas de embarque e desembarque (PELOTAS, 2017).¹

Tendo em vista as questões relacionadas à saúde, em 2017, segundo os dados do site da prefeitura, Pelotas conta com uma rede de atenção à saúde que possui 49 Unidades Básicas

¹ Informações coletadas no *site* da prefeitura Municipal de Pelotas Disponível em: <<http://www.pelotas.rs.gov.br/cidade/dados-gerais.php>>. Acesso em: 15 abril. 2017.

de Saúde, 37 com Estratégia Saúde da Família (ESF), 01 Centro de Especialidades, 02 centros de Especialidades Odontológicas, 01 Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), 06 Centros de Atenção Psicossocial- (CAPS) tipo II, 01 CAPS i e 01 CAPS ad do tipo III (PELOTAS, 2015).

Na época em que pesquisei nos dados da prefeitura em relação a rede existente não contava-se na cidade com uma Unidade de Pronto atendimento (UPA) 24 horas, diferente dos dias atuais.

O município está organizando-se para a implementação do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), ainda em fase de estruturação (PELOTAS, 2015). Conta com 06 hospitais, sendo dois universitários e apenas um dos últimos 100% SUS. O município de Pelotas-RS está dividido em seis distritos sanitários.

O município, em sua rede formal de saúde mental, conta com seis CAPS tipo II, distribuídos por macrorregiões, e dois CAPS específicos, um para usuários abusivos de drogas (CAPS AD) e um para o atendimento de crianças e adolescentes o (CAPSi). Possui ambulatorios de saúde mental vinculados às universidades e à rede pública de saúde do município, bem como o Serviço de Oficinas de Geração e Trabalho e Renda, chamado de “Reabilitação, Trabalho e Arte – RETRATE”. A rede conta com leitos psiquiátricos em hospital geral, dois Centros de Convivência em zona rural e o Programa de Redução de Danos (PELOTAS, 2015).

Torna-se necessário ressaltar que existe também para além da rede formal de cuidados em saúde mental, uma rede importante que são as redes informais compostas por grupos de jovens e idosos ligados às igrejas e atividades de lazer desenvolvidas por escolas, Organizações não Governamentais (ONGs) e pelos Centros de Tradições Gaúchas (CTGs), destacando também as oficinas “extra CAPS” (cujo termo é utilizado como referência às atividades desenvolvidas fora da sua estrutura física), como por exemplo, o “grupo vocal Esperança” e o “Grupo Los Lokos”, Produção do Programa de Rádio “Gente como a Gente”(CARVALHO, et al. 2012).

O panorama em relação a assistência em saúde mental na cidade de Pelotas antes de 1987 era igual a de todos os municípios brasileiros, ou seja, aos loucos restava o tratamento em hospitais psiquiátricos, a cidade contava na época com dois hospitais psiquiátricos.

A história da Reforma Psiquiátrica em Pelotas é comum a das outras cidades do país, de acordo com o relato de um profissional que participou desde o início da construção do movimento da reforma na cidade.

Ele foi um movimento bem ... ele é um processo de construção, e ele foi muito no início da década de 1990 com o ingresso das novas equipes, as equipes que ingressaram tinham uma forte identificação com todo o processo, não só com o MRP, mas com o movimento da reforma sanitária também, eram profissionais muito identificados com a questão do SUS, também estava bem no processo da constituição de 1989 que foi a efetivação do SUS, então estava bem num processo de início assim de implantação desse sistema universal de cuidados. E A partir de 1991, o financiamento público das ações em saúde mental foi redirecionado para a criação de uma rede extra-hospitalar, remunerando o atendimento alternativo aos PSP e buscando apoiar a substituição da internação em hospital psiquiátrico pela internação em hospital geral. (Esmeralda²)

Após este contato, percebo que as primeiras ações em saúde mental na cidade começaram em 1987, com a criação do Departamento de Saúde Mental. Paralelamente, foram instituídas, pelo governo, regras mais rígidas para o funcionamento dos hospitais psiquiátricos públicos e contratados. A Portaria do Ministério da Saúde (GM³/MS) 189/1991 instituiu a figura dos Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial (NAPS e CAPS), dando início ao arcabouço normativo e possibilitando remunerar modalidades de assistência distintas as existentes.

Na continuidade deste processo, a Portaria do MS (224/1992) aperfeiçoou a regulamentação dos CAPS e NAPS e tipificou as unidades fundamentais da rede como um todo. Os NAPS e CAPS foram definidos como unidades de saúde locais regionais, que contam com população adscrita pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários, por equipe multiprofissional, entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de quatro horas.

Um pouco antes destas portarias, em Pelotas no ano de 1990, foi realizado o primeiro concurso público para a contratação de pessoal específico (médicos psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos) para trabalhar em saúde mental (WILLRICH et al., 2011).

Em 1991, após a mudança no governo municipal, houve o primeiro concurso público para contratação de profissionais da área de saúde mental. Ingressaram, neste momento, três equipes, compostas por um psicólogo, um psiquiatra e um assistente social. A contratação destas equipes objetivou o desenvolvimento do Projeto de Prevenção em Álcool e Drogas, junto às escolas do município. Entretanto, o grupo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que buscava espaço para a saúde mental comunitária, conseguiu que essas equipes desenvolvessem também o Programa de Atenção Integral em Saúde Mental Comunitária, junto as Unidades Básicas de Saúde (UBS), através de consultoria em saúde mental e ações preventivas. (WILLRICH. et al., 2011 p. 81)

² O termo de consentimento foi informado no início do primeiro contato, salientando-se o sigilo quanto à identificação das pessoas e a garantia de serem mantidos todos os preceitos éticos e legais em todas as etapas da pesquisa, com isso todos os nomes serão fictícios, sendo usado x nomes de pedras preciosas.

³ Gabinete do Ministro.

Foram constituídas três equipes de saúde mental no município, para desenvolver prevenção da adição ao álcool e drogas nas escolas do município e nas UBS. As equipes alicerçavam-se nos pressupostos da psiquiatria preventiva ao propor uma estratégia de prevenção primária em saúde mental, baseada na intervenção sobre as condições sociais e individuais que contribuiriam na produção da doença mental.

As equipes que entraram eram bastante identificadas assim então a gente tinha uma forte mobilização, e movimento que se fazia para dar início e visibilizar esse modo de cuidado trabalho que se fazia.[...] E então todos tinham essa identificação, e nas equipes a nossa briga era para introduzir essa noção do cuidado em liberdade, era dizer que era possível, embora de modo muito teórico e ideológico e não de modo tão concreto que não existia nenhuma experiência. (Esmeralda).

Neste período (1990/91) ainda com resistências por parte das equipes das unidades básicas, começou um projeto com objetivo de promover a discussão de casos clínicos de saúde mental, atendidos nas UBS, entre a equipe e os médicos das unidades. Dois acontecimentos em 1992 causaram forte impacto no trabalho das equipes e no movimento da reforma psiquiátrica no município. O primeiro, a aprovação de uma legislação específica para a reforma no RS e, o segundo foi a II Conferência de Saúde Mental (1992), cujas conclusões tiveram forte influência sobre a atuação do Ministério da Saúde (MS) nos próximos anos.

A Lei Nº 9.716, de 7 de agosto de 1992, estabeleceu a Reforma Psiquiátrica no RS, determinando a substituição progressiva dos leitos nos hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção integral em saúde mental e determinou regras de proteção aos que padecem de sofrimento psíquico, especialmente quanto às internações psiquiátricas compulsórias. A II Conferência Nacional de Saúde Mental marcou a Reforma Psiquiátrica brasileira, entre outros motivos, pela intensa participação dos segmentos sociais envolvidos. O relatório final desta conferência foi adotado como diretriz oficial para a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil.

Neste mesmo ano, toma corpo em Pelotas uma nova proposta na saúde mental, com a implantação de equipes de atenção à saúde mental em três UBS da rede, sendo que duas delas iniciam um trabalho com egressos de um hospital psiquiátrico local. Aqueles pacientes que procuravam a unidade de saúde buscando receitas para medicamentos psiquiátricos foram os primeiros a serem convidados a participar do programa. Em seguida, iniciou-se no município uma busca ativa por pacientes egressos de hospitais psiquiátricos e foram feitos contatos com os hospitais para identificar os pacientes com alta recente. Nesta busca, a equipe também procurou nos domicílios da área de atuação das UBS os indivíduos com história de problemas afetivos, convidando-os e a seus familiares para participarem de grupos terapêuticos.

O primeiro passo para a realização deste grupo foi a busca de egressos psiquiátricos. Com este objetivo a psicóloga e a assistente social solicitaram aos hospitais psiquiátricos do município uma lista, contendo os pacientes que residiam no bairro Simões Lopes. Após, estas profissionais puderam contar com o auxílio do enfermeiro da UBS, que as acompanhou na realização de diversas visitas domiciliares, cujo objetivo era captar pacientes para o grupo. [...] A primeira experiência de reabilitação psicossocial no município de Pelotas iniciou, então, com cinco pacientes egressos do hospital psiquiátrico, que se reuniam uma vez por semana. Concomitante a assistência prestada ao portador de transtorno mental, a família, que historicamente estava a margem do processo de cuidado, passou também a ser assistida através de grupos quinzenais. (WILLRICH, et al., 2011 p. 89).

A nova proposta enfrentou resistência dos colegas profissionais de saúde e das famílias que apenas conheciam o modelo centrado no hospital. Como o atendimento em saúde mental de Pelotas estava quase exclusivamente centrado nos hospitais psiquiátricos, nos momentos de crise as famílias buscavam os hospitais para internação do familiar estabelecendo um processo cíclico (alta-internação-alta).

As pessoas estranhavam, não tinham ideia de que pudesse ter um outro modo de cuidado. Então assim, ela vem em um processo de construção, então como era um serviço alternativo eles não tinham nem reconhecimento nem por parte da gestão, foi muito de iniciativa dos profissionais, trabalhadores que se inseriram no serviço público naquela época, e aos poucos ele foi ganhando corpo assim, foram se somando mais pessoas, foi de uma ideia ainda marginal e alternativa que ela passou a se tornar central, uma discussão mais central do modo de cuidado, a gestão do município passa a reconhecer esse modo de cuidado, ainda não como único delineador, paralelo a isso no Brasil com fortes movimentos de luta, tramitava a lei Nacional ainda por todo aquele tempo. (Esmeralda).

O movimento nacional e municipal de reforma psiquiátrica, as portarias ministeriais e a demanda da comunidade conduzem a um crescimento da atenção em saúde mental a partir da Secretaria de Saúde em Pelotas. A partir de 1993, as equipes de saúde mental em Pelotas passam de três para onze, mas o atendimento em saúde mental continua vinculado às UBS. As atividades desenvolvidas pelas equipes variavam desde a prevenção primária – com grupos de gestantes, adolescentes, mulheres – até atividades de reabilitação, com egressos dos hospitais psiquiátricos (ANDRADE, et al., 2016).

No entanto, para os profissionais da SMS que sentiam-se motivados pelos princípios da reforma tornou-se evidente a necessidade de mudar a estratégia de ação e promover atenção integral aos egressos das instituições psiquiátricas. Uma das novas ações empreendidas foi promover uma busca ativa para trazer os pacientes crônicos que viviam isolados em casa, frequentemente presos no ciclo das reinternações. Além disso, a grande oferta de leitos psiquiátricos na cidade de Pelotas, polo regional com dois hospitais

psiquiátricos, caracterizava um modelo de atendimento hospitalocêntrico (TOMASI. et al., 2008).

A partir dos profissionais militantes, os chamados mentaleiros é que foram concretizando-se as ideias da reforma psiquiátrica na cidade, uma cidade manicomial como foi visto, que contava com dois hospitais psiquiátricos, e com pacientes já cronificados com um ciclo de idas e vindas nesses hospitais, ou refugiados em suas residências, mas a partir da busca ativa e da vontade de mudanças desses profissionais um novo ciclo começava a se revelar na cidade.

Um problema adicional aumentava as dificuldades, as estruturas físicas das UBS não suportavam o aumento de demanda de pacientes e os espaços existentes já não eram adequados para o desenvolvimento de atividades diárias com os pacientes habituais da unidade. Neste momento, três equipes de UBS, foram buscar um local na comunidade que pudesse acolher o trabalho de reabilitação dos doentes para a vida e de reinserção na sociedade. A opção do grupo ligado a UBS Simões Lopes foi de instalar-se em um cômodo que correspondia ao antigo sanitário da Casa de Cultura João Simões Lopes Neto, local onde reunia-se um condomínio de entidades de cultura, como o Instituto Histórico e Geográfico de Pelotas. Em agosto, deste mesmo ano (1993), o grupo construiu um projeto de implantação de um CAPS no Bairro Simões Lopes, mas apesar das portarias que possibilitavam o financiamento do novo serviço, o projeto não foi aprovado pela SMS (WILLRICH. et al., 2011).

No primeiro semestre de 1994 a equipe da UBS Virgílio Costa conseguiu alojar-se na Associação dos Amigos da Virgílio Costa e, finalmente, a equipe da UBS Navegantes foi acolhida na Comunidade Católica São Francisco. A proposta de trabalho desenvolvida nesses locais centrava-se na realização de oficinas terapêuticas adaptadas gradativamente às necessidades específicas de cada área da cidade e às características de cada equipe (ANDRADE et al., 2016).

Contudo, como a reabilitação não integrava a política do município, não havia disponibilidade de verba para a aquisição de materiais utilizados nas oficinas, tampouco um número de profissionais suficientes para trabalho com os PSP. As equipes buscavam apoio agregando voluntários e alunos das universidades locais para a manutenção do trabalho. No entanto, o MS mantinha uma clara linha de apoio às novas propostas e tentava oferecer formas de financiamento as Prefeituras que apoiassem a criação de serviços substitutivos.

Houve a necessidade de buscar novos profissionais para auxiliarem nos grupos e oficinas do Castelo. Então, a equipe conseguiu apoio da Faculdade de Economia Doméstica da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) que disponibilizou estudantes para realizarem estágio no Castelo, para trabalharem dentro da proposta de reabilitação psicossocial. Os alunos da Economia Doméstica interferiram de maneira positiva nos grupos, respeitando sempre a proposta de inserção a realidade vivenciada pelo serviço.[...] Assim, à medida que surgiam as necessidades dos usuários e da equipe, eram organizados recursos e equipamentos necessários para promoção da reabilitação. O trabalho, então, estruturou-se e a atenção prestada aos portadores de sofrimento psíquico foi ampliada, até que as atividades passaram a ser realizadas diariamente durante o turno da tarde. (WILLRICH. et al., 2011, p. 83)

Em agosto de 1994 a SMS propõe uma política de saúde mental municipal que buscava adequar-se a Portaria Ministerial 189/91, criando quatro Oficinas Terapêuticas, para funcionar nas três localidades citadas e no Posto da Brigada Militar da Colônia de Pescadores Z-3. Além das oficinas terapêuticas, a nova política municipal propõe a criação do CAPS no bairro Simões Lopes, como projeto piloto, junto à equipe que vinha atuando na Casa de Cultura Simões Lopes Neto. Esta Casa, denominada de Castelo Simões Lopes, emprestará a denominação que passará a acompanhar a equipe e servir de emblema. A partir da assunção pela política oficial do trabalho que já vinha sendo praticada na área de saúde mental, as equipes começaram a pleitear recursos financeiros e de pessoal, melhorando as perspectivas de crescimento desses serviços (TOMASI. et al., 2008).

Contudo, o financiamento da medicação utilizada pelos novos serviços de atenção a saúde mental ocorria, até então, da verba destinada à saúde básica. Mas a ação do movimento nacional pela reforma conduziu à edição da Portaria/GM N° 1.077, de 24 de agosto de 1999, assegurando os medicamentos básicos de saúde mental para usuários de ambulatórios públicos de saúde que dispunham de atendimento em saúde mental (BRASIL, 2002b).

Apesar da movimentação nacional e local em torno da reforma psiquiátrica, entre 1996 a 2000 não houve nova proposta política para saúde mental por parte da SMS. No entanto, foram executados projetos de ampliação e de construção de novas UBS com instalações mais amplas, possibilitando que as oficinas terapêuticas com PSP pudessem ocupar estes espaços dentro das unidades. Em 1997 a equipe do Castelo Simões Lopes se retira da UBS e dedica-se integralmente a proposta de Reabilitação psicossocial. A relação entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e os dois hospitais psiquiátricos modificou-se por conta do maior controle das atividades promovida pelas novas normas do MS). Porém, a relação de independência dos mesmos em relação à Coordenação de Saúde Mental permanecia (WILLRICH. et al., 2011).

O Castelo em 1997 ganhou um prêmio de reconhecimento oferecido pela CAPS Nossa Casa de São Lourenço do Sul, um CAPS referência para a região Sul, o prêmio “Vanda Gimbrunski” oferecido pelo Nossa Casa. Este prêmio tinha como objetivo homenagear as

peças e os serviços que lutaram e tiveram destaque, na região ou no Estado, nos avanços da reforma psiquiátrica e divulgar os serviços de Saúde Mental na comunidade. Também importante para a construção do processo do Castelo foi a relação equipe, usuários e familiares. Como forma de retribuição do prêmio recebido do Nossa Casa o Castelo organizou um encontro e chamou o Nossa Casa, foi um Encontro, que recebeu este nome devido ao grande número de pessoas, pois tinham os usuários, familiares, a equipe do Castelo e das UBS (WILLRICH. et al., 2011).

O tempo passou e até os dias de hoje a cada ano é realizado ainda o “Encontro”, pode-se dizer que esse encontro foi um marco na história da Saúde mental, pois a partir deste até hoje é organizado integrando todos os serviços de saúde mental das cidades que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde. Tornou-se um espaço de encontro, confraternização e troca de experiências e uma forma de enfrentar as dificuldades vividas no processo da reforma psiquiátrica.

A municipalização da saúde - gestão plena do sistema municipal alcançada em agosto de 2000 - tem um impacto importante nas propostas que estão sendo discutidas para a saúde, em geral, e a saúde mental em particular, sobretudo na formulação do programa de governo do candidato que venceria a eleição para Prefeito neste ano.

A partir de 2001, a nova proposta de assistência em Saúde Mental em Pelotas tinha como objetivos principais ampliar a cobertura assistencial para toda a população da cidade e formar uma rede de atenção integral em Saúde Mental.

Assim, teve início a política de saúde mental do município. O primeiro passo para a efetivação do projeto de institucionalização do Castelo e outros serviços foi a divisão da cidade em distritos sanitários. Desta forma, o município foi dividido em sete distritos, seis na zona urbana, e um na zona rural. Assim, em cada distrito foi estruturado um Centro de Atenção Psicossocial, que passou a ser responsável pelo atendimento à população de seu território. (WILLRICH. et al., 2011, p. 89).

Essa ampliação ocorreu através da sistematização do funcionamento dos serviços num mesmo modelo de trabalho, hierarquização da atenção conforme os níveis de complexidade da demanda e capacitação dos serviços para responder a todas as necessidades em Saúde Mental. Assim sendo, o município foi dividido em seis áreas de acordo com os grandes bairros da zona urbana e rural.

Para a instalação da rede de serviços em Saúde Metal em Pelotas, além do investimento em recursos físicos e materiais, foi necessária a contratação de profissionais para compor as equipes. Entretanto, a instalação da rede física e contratação de profissionais não bastava para a criação do novo modelo de atenção.

Uma modalidade de trabalho centrada na atuação de equipes multiprofissionais, a postura e compromisso do trabalhador diante dessa tarefa, foram consideradas essenciais nesse processo. Assim, todos os profissionais contratados passaram um período dentro do Castelo, para acompanhar o modelo de trabalho desenvolvido neste local, e multiplicá-lo nos outros serviços que estavam estruturando-se. (WILLRICH. et al., 2011, p. 91).

Em cada área, definiu-se um CAPS de referência, com três funções primordiais: reabilitação psicossocial, ambulatório de saúde mental e acolhimento diário às urgências. Além disso, na zona rural o trabalho em saúde mental foi destinado às equipes das UBS da SMS. Junto às UBS implantou-se um trabalho com equipe volante em saúde mental, que consistia na realização de atividades preventivas e de diagnóstico precoce. Esta equipe, composta por psicólogo e psiquiatra, em conjunto com a equipe de saúde das unidades, desenvolvia atividades educativas individuais e/ou de grupos e consultoria (ANDRADE et al., 2016).

Em 2001 teve as Conferências Municipal, Regional e Estadual de Saúde Mental. No Município de Pelotas, a Conferência Municipal teve como objetivo a divulgação do trabalho que estava sendo realizado: estruturação de serviços e mudanças na cultura hospitalocêntrica da cidade.

Já sob o amparo da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Ministério da Saúde edita nova Portaria (336/2002) acrescentando novos parâmetros aos definidos pela Portaria Nº 224/92, no que refere-se ao CAPS. Ficam estabelecidos portes diferenciados para os CAPS a partir de critérios populacionais e ampliada a área de abrangência desses serviços substitutivos, direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas, infância e adolescência.

Além disso, criou-se uma estratégia de grande importância para motivar as secretarias municipais: os mecanismos de financiamentos extra-teto, ou seja, o financiamento das atividades de atenção em saúde mental pode ultrapassar o teto dos recursos da área de saúde recebido pelo município. Outras normas se seguiram para ampliar o financiamento dos CAPS (Portaria/SAS nº 189), aprovando as normas de funcionamento e cadastramento de CAPSad (Portaria/SAS Nº 305). No entanto, os serviços em Pelotas ainda não estavam cadastrados e, eventualmente, faltavam recursos para manutenção dos CAPS e para a compra de medicamentos básicos para estes.

Já em 2002, iniciou o processo de cadastramento dos serviços, havendo a necessidade de reformulação dos serviços conforme as Portarias 224/92 e 336/02. A Coordenação Estadual marcou, então, uma reunião, na qual o Castelo foi cadastrado como CAPSII. Além, apenas pode ser negociado o cadastramento do CAPS Fragata,

pois os outros serviços do estado não atendiam as exigências previstas na regulamentação do CAPS. Os demais serviços, os CAPS Baronesa, Escola, Zona Norte e Porto, foram cadastrados a partir do contato entre a Coordenação Municipal e a Coordenação Nacional de Saúde Mental. (WILLRICH. et al., 2011, p. 92).

Neste período, iniciou-se o processo de cadastramento Nacional dos CAPS e a Coordenação Estadual de Saúde Mental informou que iria cadastrar apenas o CAPS Castelo. A Coordenação Estadual podia fazer um número limitado de cadastros e pretendia atender o maior número possível de cidades. As dificuldades de algumas cidades em atender a normatização das portarias permitiram que o CAPS Castelo e o CAPS Fragata fossem cadastrados. Ainda houve uma negociação entre coordenador da SMS com a Coordenação Nacional permitindo, em 2002, o cadastramento do CAPS Baronesa. Os cadastramentos dos CAPS Escola, Zona Norte e Porto foram obtidos junto à Coordenação Nacional no processo de discussão de implantação de serviços substitutivos em cidades com mais de 300.000 habitantes (ANDRADE et al., 2016).

Em 2002, na cidade de Pelotas um fator importante e muito debatido foi o fechamento das celas da Clínica Olivié Leite. O lacramento das celas fortes de um dos tradicionais hospitais psiquiátricos de Pelotas foi um fato marcante e emblemático para a reforma psiquiátrica local. O fechamento teve o objetivo de humanizar a assistência e de preservar os direitos dos pacientes (Portaria N° 799/00).

Em 2004, é implementado o CAPS AD (Álcool e Drogas) e foram disponibilizados leitos para dependência química no Hospital Universitário São Francisco de Paula. Contudo, o governo atual, não oferece solução para o problema do atendimento das situações de urgência e emergência, especialmente à noite e nos fins de semana, quando os CAPS estão fechados.

A partir de 2006 intensificou-se a crise no atendimento em saúde, com claros reflexos para a saúde mental. Quatro secretários da saúde e quatro coordenadores de saúde mental ocuparam os cargos em dois anos e meio de governo. A situação dos CAPS durante 2006 e o primeiro semestre de 2007 foi preocupante em relação à pessoal, alimentação e medicação. Esta crise comprometeu o tratamento e a frequência dos usuários aos CAPS. Diante deste grave quadro criou-se um ambulatório de saúde mental, visando atender a demanda de usuários que não necessitam do atendimento contínuo (TOMASI. et al., 2008).

O processo de implementação da Reforma Psiquiátrica no município de Pelotas está em andamento, e também atravessado a todo o cenário e conjuntura do país, assim não é um processo linear de avanços, é um movimento contraditório, com avanços e retrocessos,

conquistas e recuos. “Trata-se de um processo bastante inovador, original e prolífero, permeado por inúmeras iniciativas práticas de transformação, com o surgimento de novos atores e protagonistas e uma emergente produção teórica (...)” (AMARANTE, 1996, p.14),

Não é uma construção linear, não é uma construção pacífica, a reforma vem se expandindo, vem tomando corpo, mas junto com ela traz todas as contradições, conflitos e jogos de poderes inerentes a este modo de cuidado, e isso vem acompanhando sempre. Ainda não é uma coisa dada, hoje a gente tem uma rede mais consistente, mas ela tem muitas fragilidades, e as fragilidades muito pela não identificação, não só por isso, mas muito pela identificação de vários profissionais e da própria gestão de ter uma compreensão que essa é a diretriz adotada pelo SUS, pelo MS (Esmeralda).

No novo modo de cuidar na cidade de Pelotas vimos um significativo avanço, muito embora nos processos de vivência percebe-se que temos muito que resistir e seguir na luta para garantir o que se tem e conquistar uma rede de atenção psicossocial efetiva, com uma verdadeira desinstitucionalização com um novo olhar para a loucura e o louco na sociedade. Através das falas a seguir podemos perceber a análise de dois profissionais que participaram como sujeitos da pesquisa:

Pelo tamanho da cidade de Pelotas, pelo número de habitantes acho que a cidade avançou muito, muito embora a gente em uma análise mais crítica se pense nas fragilidades, no que falta na cidade, mas que se a gente fizer um comparativo com outras cidades da região que são menores a gente vê quantos dispositivos se tem distribuídos em territórios, do cuidado na comunidade, uma relação próxima com as unidades de saúde, uma relação com outros pontos da rede invisível associações comunitárias, associação dos de saúde mental, que foi uma das primeiras com autonomia plena dos usuários e regida por usuários e familiares, a gente tem projetos extra-CAPS com música, com dança, com arte que proporcionam esse cuidado em liberdade e fora as instituições de saúde, mas produzindo saúde em outra perspectiva teve um avanço considerável pensando no momento que eu comecei a acompanhar até os momentos atuais, claro que a gente não pode estagnar e parar, não a gente precisa avançar muito principalmente nesse aspecto do senso comum, dessa cultura popular que faz essa forte alusão a loucura como fator discriminatório do sujeito, a necessidade da manutenção do hospital psiquiátrico, que é um problema que se tem e que emperra justamente o avanço da atenção psicossocial por conta de um próprio apoio que o hospital tem da própria comunidade ainda, pelas falhas e fragilidades da nossa rede de atenção psicossocial que daí sustenta a manutenção do hospital psiquiátrico, mas eu acho que é questão de tempo, de consenso dos trabalhadores e usuários para a gente poder avançar. (Cristal).

Através dessa fala pode-se notar que Cristal nos traz que a cidade de Pelotas, dá conta de suas demandas, apesar de ter um número grande de habitantes e também por ser uma cidade de referência para a região. Aponta que tem-se o trabalho no território, um olhar para as redes informais de cuidado, uma relação com as unidades básicas, questões importantes e relevantes para se pensar o cuidado em saúde mental e no processo da reforma psiquiátrica. Criticamente reflete também sobre a questão da loucura e a ideia sobre o lugar do cuidado, Pelotas ainda tendo um Hospital Psiquiátrico, fica difícil o trabalho de desconstrução desse modo de cuidado ultrapassado, e assim aponta as fragilidades que encontra-se na rede.

Já em outra fala a profissional relata:

parece que depois de um determinado momento a coisa não é que ela se estabilizou, ela parou, parou no sentido de que como a reforma já se estivesse dada, bom foi feita a reforma, o que na verdade não aconteceu ainda, porque se a gente pensa na reforma psiquiátrica, no novo olhar sobre o lugar do cuidado da pessoa com transtorno mental na sociedade a gente não tem ainda uma reforma psiquiátrica, a gente ainda está muito ligada ainda aonde a pessoa é tratada, não é em um hospital psiquiátrico, é no CAPS e a reforma é para muito além disso, é todo o olhar da sociedade para a pessoa com transtorno mental que não é o lugar onde ele vai ser cuidado. Então eu acho que a reforma ela não está dada, nem em Pelotas, nem em lugar nenhum, acho que em alguns lugares tem se lutado muito para se manter o que foi conquistado, mas também está havendo muito retrocesso e acho que inclusive aqui em Pelotas tem retrocessos, se a gente for pensar que muitos serviços não conseguiram sair da lógica manicomial, a gente ainda olha o usuário com o medo de fazer essa proposta de cuidado em liberdade, então a gente acaba, muitos psicólogos fazendo uma clínica dentro dos CAPS, cada um no seu cantinho, sem o cuidado e o olhar e o trabalho da equipe interdisciplinar, então eu acho que houve o avanço inicial que se atingiu um patamar mas que houve alguns retrocessos e algumas tentativas de se manter o que se foi conquistado, mas acho que não está dada a reforma ainda, está em reforma. (Ametista).

A partir de uma perspectiva histórica, pode-se perceber as várias alternâncias na implementação da política de saúde mental no município de Pelotas e conseqüentemente os avanços e retrocessos. Essa concepção de cuidado em liberdade ainda não está clara para muitos, e esse processo de discernimento torna-se mais lento em nossa cidade pelo fato de ainda termos um Hospital Psiquiátrico. Enquanto existir essa outra forma de “cuidado”, a sociedade tende a não ter outra visão.

A reorientação paradigmática demandou a organização de uma rede de atenção psicossocial que passa pela abertura de serviços especializados e pela organização/reorganização de ações e serviços na rede local, mais especificamente, no fortalecimento de ações assistenciais no nível primário de atenção, conforme orientação declarada em Caracas, em 1990, como marco dos processos de reforma da assistência em saúde mental nas Américas (OLIVEIRA; CONCIANI, 2009).

A gestão foi mencionada pelos profissionais como um fator que está interferindo negativamente nos serviços, há uma grande distância entre eles, os serviços considerados tão importantes pela Política Nacional de Saúde Mental e os usuários, são esquecidos pelo gestor municipal e estadual, que sem recursos e isolados no território não conseguem desenvolver suas ações com qualidade e efetividade.

Já fazem praticamente três governos, a gente não recebe material, a gente tem alguns materiais, algumas coisas a gente faz nas oficinas, que não é nossa proposta de contar com verbas, pois isso não é um comércio, mas acaba acontecendo as vendas, as pessoas se interessam, tu pode ver as coisas maravilhosas que eles fazem, a gente vende e através disso a gente acaba conseguindo tirar dinheiro para comprar alguma coisa, que é pouco perto do valor que se tinha antes. (Jade).

Na fala de Jade identifico uma denúncia do descaso da gestão em relação à falta de verbas repassadas para os serviços, denuncia a falta de materiais que são utilizados para a realização das oficinas. Essa falta de materiais já pude perceber enquanto era estagiária, e sem eles não é possível realizar um cuidado efetivo, uma vez que as oficinas fazem parte do tratamento e sem os materiais não é possível realizar as oficinas. Jade traz que o que se tem é por conta de verbas arrecadadas por vendas do que é produzido, e isso é um absurdo, pois é um descaso com a saúde mental.

Pérola segue no mesmo sentido a sua fala trazendo o descaso da gestão e apontando quão saudável eram as relações como a de um lanche, o que aponta não ter mais por falta de verbas.

Agora parece que a coisa está andando para trás, não sei se é a gestão, a administração que não está apoiando, agora vemos que está faltando até psiquiatra, os lanches que tinha antes, a gente se reunia na volta da mesa, tomava o café, não pela comida, mas pelo encontro, a alegria de estar ali conversando, fazendo amizade, agora não tem mais. (Pérola).

Embora tenham surgido novas formas de tratar, acompanhadas por essa mudança de se pensar a saúde mental e suas ações seguirem um novo modelo, muitas das práticas ainda estão enraizadas no modo de pensar antigo.

O posicionamento ético-político dos gestores municipais de Saúde Mental e dos coordenadores de CAPS frente à gestão dos serviços é outro fator que se mostrou como possível indicador paradigmático. Por meio dele pudemos refletir acerca do estado da democratização da gestão em Saúde em seus diversos dispositivos institucionais impressos na Constituição Federal tanto pela Reforma Sanitária quanto pela Reforma Psiquiátrica. (MONDONI, 2010, p. 43).

O que percebe-se são inúmeras lacunas e impossibilidades que vão surgindo nos serviços substitutivos aos modelos asilar e psiquiátrico clássico, que impedem que novas ações se concretizem em resposta as mudanças preconizadas pela mudança de ações preconizadas pela gestão de um novo modelo de atenção a saúde mental.

Para que as dificuldades possam ser contornadas é necessário que exista a constituição de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades. Este fator tão imprescindível para o avanço da reforma é o que apresenta mais fragilidades, pois, de fato, ainda não existe uma rede ágil, flexível, resolutiva, onde o trânsito dos usuários seja facilitado e o mesmo seja acolhido em suas diferentes demandas. Identificam-se muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas, com o nome de CAPS e o estatuto de pertença ao processo de reforma. Além dos

fatores mencionados acima existem problemas que ultrapassam o campo da saúde mental e do próprio SUS e dizem respeito à falência das políticas públicas de bem-estar social por meio das quais se disponibilizariam aos cidadãos o acesso aos bens e aos serviços considerados direitos de todos (LIBERATO, 2009).

O processo da Reforma Psiquiátrica é dinâmico, por isso o termo processo é utilizado, pois a Reforma não acabou, ela acontece no dia a dia, no cotidiano das relações sociais, nos serviços, na cidade, na praça, na rua, em todos os lugares. Enquanto processo social complexo envolve vários atores, acontecimentos, movimentos, sofrimentos, conflitos, inovações enfim se relaciona à vida das pessoas.

No próximo momento aborda-se a realidade do CAPS Escola, um CAPS da cidade de Pelotas e que está permeado desse contexto e como sendo um movimento dialético o da construção do novo modo de cuidar em saúde mental é um espaço de cuidado, com seus atores e protagonistas dessa luta, atravessa o contexto da cidade de Pelotas e aos poucos constroem junto essa história.

2.2 O LOCAL DO “ENCONTRO” COM A TEMÁTICA: CAPS ESCOLA DE PELOTAS

O CAPS Escola criado em 2001 é mantido por um convênio da Universidade Católica de Pelotas com a Prefeitura Municipal de Pelotas e tem como principal objetivo a reabilitação psicossocial dos usuários que apresentam transtornos graves.

O CAPS Escola é um CAPS do tipo II, quando foi inaugurado situava-se em frente ao Hospital Universitário São Francisco de Paula da Universidade Católica (HUSFP/UCPel), em 2009 mudou-se para o endereço na General Osório, 500, melhorando a proximidade com a Universidade e a acessibilidade dos usuários, em 2014 logo na minha inserção como estagiária de Serviço Social pude presenciar a mudança para o local que encontra-se atualmente o CAPS, muito mais próximo da Universidade, situado na Rua Félix da Cunha esquina Dom Pedro II, número 451, o seu funcionamento é de segunda à sexta feira, manhã das 08h00min às 12h00min e tarde das 13h30min às 19h30min.

Os CAPS são serviços de saúde abertos e comunitários do Sistema Único de Saúde (SUS). São lugares de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência

justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida. O atendimento realizado no território possui uma área de abrangência do CAPS Escola composta por 16 Unidades Básicas de Saúde: Arco Íris, Salgado Filho, Sanga Funda, Vila Municipal, SANSCA e toda Zona Rural.

O fato de que muitos usuários deste CAPS deslocam-se da área rural, sinaliza outra especificidade do CAPS Escola, principalmente no que diz respeito na forma de abordagem com estes sujeitos, pois o modo de viver apesar de todo o contexto de globalização é diferenciado no “interior” dos centros urbanos e isso implica em todo processo de tratamento da saúde/doença, bem como no processo do movimento da Reforma Psiquiátrica.

A equipe profissional do CAPS Escola é uma equipe interdisciplinar⁴, foca-se na reabilitação psicossocial de forma integral. Portanto não é centrado na figura médica, ao contrário do que é visto nos hospitais psiquiátricos, o cuidado é proporcionado por uma equipe técnica composta por profissionais de diversas áreas, visto que não é somente a saúde que é afetada pelos transtornos mentais, mas sim a vida dos indivíduos e de seus familiares como um todo.

Destaco que o modo de trabalho dentro desse serviço sendo interdisciplinar proporciona um cuidado integral dos sujeitos não somente da saúde/doença, pois entende-se que os transtornos mentais afetam a vida como um todo e isso perpassa pelas relações com seus familiares e comunidade, enfim de todos os fatores inerentes à vida e à cidadania, desse modo esse cuidado torna-se um diferencial no CAPS Escola, que serve de exemplo para demais serviços socioassistenciais.

Este serviço conta com uma equipe técnica composta por duas (2) Assistentes Sociais, cinco (5) Psicólogos, dois (2) técnicos de Enfermagem, uma (1) Artesã, (1) uma Professora de artes um (1) Professores de Educação Física, um (1) Professor de Música uma (1) Recepcionista, duas (2) Auxiliares de Limpeza e nenhum Enfermeiro e Médico Psiquiátrico.

É importante registrar aqui que através das observações realizadas foi possível perceber que o desmonte dos direitos sociais está atravessando a realidade do CAPS Escola, na medida em que na época da realização do estágio curricular em Serviço Social no ano de 2014-2015 a equipe profissional era completa, o que demonstrava uma garantia de cuidado

⁴“A interdisciplinaridade, por sua vez, é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados”. (VASCONCELOS, 2002, p. 47)

para com os usuários e uma efetivação dos direitos destes, bem como uma facilidade nas relações de trabalho dos profissionais, uma vez que não sobrecarrega uns aos outros, hoje como pode-se ver temos um desfalque de profissionais na equipe, indo em descontraimento com o que está preconizado na lei e demonstrando que essa questão prejudica no avanço e efetivação de uma reforma psiquiátrica. Essa questão apareceu no relato de alguns entrevistados como podemos ler a seguir:

Para nós hoje a gente está vivendo um momento específico para o CAPS, a gente sabe que é um local com uma equipe multiprofissional, mas que a gente está a quase três meses sem o psiquiatra, não que a gente fique na questão médico centrada, mas assim como outros profissionais o médico também faz parte dessa equipe, também tem importância e no entanto a gente está sem o médico a gente também está com a dificuldade da questão da receita, de estar referenciando o tempo inteiro para a UBS, tem algumas UBS que tem um pouco de dificuldade de entender esse momento, então a gente enfrenta essas dificuldades então pode ser uma dificuldade lá na UBS, mas pode ser aqui no próprio serviço. (Topázio).

Quando pensamos na mudança de paradigma no cuidado em saúde mental em que retira a poder do cuidado para as mãos do médico, ou seja, o modelo hospitalocêntrico, para um cuidado compartilhado em equipe interdisciplinar estamos reforçando assim a ideia de que todos os profissionais têm seu papel e importância no processo de cuidado. Com isso pretende-se demonstrar que a falta dos psiquiatras, não só deles, mas de qual for a especificidade profissional em um espaço como o do CAPS, requer uma reflexão do porquê está realidade, e de como será realizada essa mudança para um melhor cuidado.

Embora tenha observado que houve esse retrocesso nessa realidade, percebo que o CAPS-Escola tem como particularidade o fato de ter estagiários acompanhando as atividades diárias para com isso vivenciarem as práticas profissionais o que qualifica a práxis em saúde mental e qualificando a formação dos cursos de graduações na área de saúde e outras áreas afins, tendo em vista essa realidade que transversaliza as relações entre os técnicos e os usuários.

Percebemos que o CAPS Escola tem por essa parceria entre Universidade e Prefeitura um diferencial no atendimento. Sabemos que há uma grande precariedade nas condições dos serviços, que há muitos profissionais cansados e desgostosos, que não exercem uma “práxis” profissional deixando de lado na sua prática e atuação um olhar na teoria, mesmo que isso não justifique o atendimento esses fatores sinalizam o grande diferencial do CAPS Escola, que é o compromisso da atuação dos profissionais, o cuidado que se tem na realização de suas atividades, o modo como são problematizadas as situações, o fato de ser um lugar de formação faz com que os profissionais retroalimentem-se continuamente e estejam

repensando sobre seus fazeres profissionais. Esse pensamento é reafirmado quando Vasconcelos diz que

a presença de estudantes significa um elemento de “sangue novo “ventilação” e crítica constante do serviço, pois os trabalhadores regulares tendem a ir naturalmente institucionalizando sua prática de forma rotineira. (VASCONCELOS, 2002, p. 62).

O modo de cuidado no CAPS Escola se dá na perspectiva de perceber o usuário em sua integralidade, como já venho destacando, propiciando assim a conquista de uma maior autonomia e o protagonismo destes frente a sua própria vida. São priorizadas as atividades coletivas, através de grupos e oficinas terapêuticas que irão de fato potencializar essa autonomia dos usuários, mas também existe no tratamento o atendimento individual e auxílio medicamentoso.

Os usuários ao chegarem ao CAPS Escola passam primeiramente pelo acolhimento⁵, o seguinte “passo” ou momento que ele tem que experienciar nesse novo modelo de cuidado é o grupo de recepção que busca primeiramente informar o usuário sobre como são as práticas desenvolvidas no seio de um CAPS e deixando para ele a liberdade/autonomia de escolher se esse é o modo de tratamento que ele procura, ou não.

Após essas etapas a equipe define quem vai chamar o usuário para a elaboração do Plano Terapêutico Singular (PTS) onde ficam definidas quais atividades esse usuário irá participar. Esse profissional então estabelece um vínculo maior que o restante da equipe com o usuário, então todos acompanham os usuários, mas esse profissional passa a ser o Técnico de Referência (TR). Dessa forma, ele estabelece uma proximidade maior, então é rotineiro que esse chame o usuário para acompanhar o seu processo de reabilitação psicossocial, bem como o usuário chamar o profissional quando notar necessidade.

Junto com o seu Técnico de Referência, o usuário pode escolher dentre as atividades que são ofertadas no CAPS através dos Grupos e Oficinas Terapêuticas que são:

uma das principais formas de tratamento oferecido nos caps. Os CAPS têm, frequentemente, mais de um tipo de oficina terapêutica. Essas oficinas são atividades realizadas em grupo com a presença e orientação de um ou mais profissionais, monitores e/ou estagiários. Elas realizam vários tipos de atividades que podem ser definidas através do interesse dos usuários, das possibilidades dos técnicos do serviço, das necessidades, tendo em vista a maior integração social e familiar, a manifestação de sentimentos e problemas, o desenvolvimento de

⁵ Entendo acolhimento como: “Uma atitude que implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política”. (Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde. 200, p. 8).

habilidades corporais, a realização de atividades produtivas, o exercício coletivo da cidadania. (Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial, 2004, p. 20).

Dentre as oficinas existe no CAPS a de tapeçaria, paisagismo, costura, culinária, dança, bijuteria, pintura e expressão, reciclagem, moda, música, marcenaria, pintura em tecido, teatro, agenda cultural, horta suspensa, leitura de mundo e produção do programa da rádio.

Os grupos existentes atualmente no CAPS Escola são os seguintes: medicação, tabagismo, jovens, familiares novos e antigos, homens, rede e existem também três grupos de mulheres.

O modo de cuidado na atenção psicossocial, e no CAPS Escola, é relacionado com a vida, respeitando a singularidade do sujeito, uma relação de alteridade, afeto e carinho. Como podemos ver grande parte das atividades realizadas nesse local especializado de cuidado, são atividades em grupos, potencializando assim os coletivos, fortalecendo as discussões em grupos e com isso compartilhando as vivências e experiências do comum que os levou até aquele espaço, bem como uma discussão ampliada das questões cotidianas.

2.3 CAMINHOS TRILHADOS: COMPREENDENDO A METODOLOGIA.

A história da atenção à saúde mental é marcada pela perspectiva asilar, baseada na negação do ser humano como sujeito, no sentido da sua hospitalização, medicalização e objetificação. O lugar de “cuidado” para as pessoas em sofrimento mental era unicamente o hospital psiquiátrico, cujo modelo de atenção reforçava a necessidade da exclusão e isolamento. Desse modo tinha-se uma relação de opressão e violência entre os “doentes mentais” e equipe de trabalho, sendo o poder e o saber médico embasados no aniquilamento do indivíduo enquanto sujeito social.

No modo asilar, o indivíduo é tratado apenas em sua dimensão de doente, tanto em relação à sua família quanto ao seu contexto social amplo, as intervenções são centralizadas exclusivamente no que concerne ao diagnóstico e tratamento da doença. O indivíduo constitui-se centro do problema, e, a partir de então, inicia-se o isolamento social em relação ao meio familiar e social. Existe uma espécie de paralelo entre o isolamento do indivíduo e o exílio da cena do seu tratamento (COSTA-ROSA, 2013).

No contexto de maus tratos, exclusão e violação dos direitos humanos intensificaram por todo o mundo as discussões e mudanças na forma de tratar o “doente mental” com experiências como a da psicoterapia institucional, da comunidade terapêutica, da psiquiatria territorial, da desinstitucionalização⁶, entre outras. Essas abordagens partiam do pressuposto de que o problema do louco não era tanto da doença em si, mas, sobretudo, das relações que se estabelecia com ela (AMARANTE, 1995).

A assistência à pessoa com sofrimento psíquico é caracterizada no decorrer dos tempos, excluindo esse sujeito do convívio social e de diversos direitos sociais, políticos e civis. Portanto, não é tarefa simples abordar a questão da saúde mental, pois a mesma implica em um fenômeno complexo que possui dimensões de análise distintas em função dos enfoques teóricos, dos modelos médicos e das concepções sociais subjacentes nos diferentes contextos sócio-econômicos.

Durante o percurso histórico da loucura, temos os dois modelos de entendimento da saúde mental: um manicomial, que enclausura e afasta do convívio social e outro o modelo da reforma psiquiátrica que como diz Birman,

... a ideia de reforma psiquiátrica não se identifica absolutamente com a noção de assistência psiquiátrica (...). Vale dizer, a problemática colocada pela reforma psiquiátrica insere a questão da assistência psiquiátrica como um dos seus temas e mesmo como um tema privilegiado, mas certamente a transcende, pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural. (BIRMAN, 1992, p.72).

A Reforma Psiquiátrica busca a ampliação dos espaços de reabilitação social, visando o combate a exclusão, o respeito e exercício de cidadania da pessoa com sofrimento psíquico, uma vez que está não limita-se em construir apenas um novo espaço de cuidado denominado CAPS, mas inspira um processo de transformação maior com pessoas com algum tipo de transtorno mental, possibilitando segundo Lobosque (2003) “Tornar cada vez mais fluidas, mais transitáveis, mais flexíveis, as fronteiras entre as instituições destinadas a eles e a sociedade onde se desenrola a vida e o destino de todos nós, loucos ou não” (LOBOSQUE, 2003, p. 17).

⁶ Segundo Rotelli (1990) o termo desinstitucionalização significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, distrito, território. Este termo tem sua origem no movimento italiano de Reforma Psiquiátrica. A desinstitucionalização tem um significado muito mais amplo do que simplesmente deslocar o centro da atenção do hospício, do manicômio, para a comunidade. Para o autor acima referido é o conjunto que é necessário desmontar (desinstitucionalizar) para o contato efetivo com o paciente na sua “existência” doente.

O movimento de reforma psiquiátrica italiano, no qual o Brasil inspirou-se, visa não apenas à desconstrução dos manicômios, mas sim, a construção de uma nova maneira de olhar a "loucura" e seu lugar. Os italianos apostaram no questionamento da lógica e do funcionamento do manicômio, criando condições para a sua desmontagem. Tal postura produziu efeitos decisivos na desconstrução do tratamento asilar e, simultaneamente, na construção de serviços substitutivos e territoriais. Assim, os psiquiatras inovadores italianos enfatizaram que a psiquiatria nascida de reformas realizadas por outros países faliu, seja no objetivo de superar a cronicidade, seja no objetivo de liberar-se de sua função de coação e internação (ROTELLI, F; LEONARDIS OTA; MAURI DIANA, 1990).

Ao pensar a Reforma Psiquiátrica acredito que deve-se refletir sobre dimensões políticas, culturais, conceitual e de atenção de cuidados, e isso faz com que este seja um movimento social complexo, mas por outro lado ao ter um olhar sobre todos esses pontos temos uma visão da totalidade desse movimento e uma análise do todo.

Sendo dispositivos e uma estratégia de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica os CAPS, necessitam trabalhar numa perspectiva constantemente na busca do cuidado e de colocar qual o lugar da loucura e do "louco" em nossa sociedade, para que consiga romper com os muros institucionais de cuidado.

Nesse sentido é necessário que as equipes da rede de atenção psicossocial sejam serviços, que operem segundo a lógica do território para olhar e ouvir a vida que pulsa nesse lugar. O território é definido pela significação/ressignificação de um espaço por um determinado grupo social (Faria; Bortolozzi, 2009), através da produção de familiaridade e propriedade (pertencimento). Com isso, territorialização significa ação culturalmente embasada nas singularidades de cada sujeito em seu universo interacional.

Nesse sentido, na medida em que a Reforma Psiquiátrica prioriza o cuidado em liberdade, e a partir do momento em que os usuários têm a possibilidade de cuidado no território, potencializa-se as altas, e fortalece a reforma.

De acordo com Desviat (1993), os serviços alternativos de saúde mental também criam efeitos de cronicidade na medida em que seu cotidiano converte-se em uma atuação ritualizada com conteúdo estereotipado e frequência inalterada. Neste caso, devemos nos questionar por que estamos aprisionando estas pessoas a esta rotina que acaba ficando interminável.

Pensar a “alta” nesse contexto torna-se importante pelo fato do risco de os CAPS estarem tornando-se “capscômios”⁷, ou como Wetzel (2005) utiliza o termo “encapsulado” quando está havendo a longa permanência dos usuários no CAPS, o que acaba por remeter ao outro modelo de atenção reproduzindo práticas no seu interior.

Os CAPS preconizam a reabilitação psicossocial, a retomada da autonomia e a reabilitação psicossocial daqueles que têm algum sofrimento psíquico. A ideia desse serviço é que os usuários frequentem por algum período de tempo e que recebam “alta”. Porém, pensar essa “alta” não é tarefa fácil, é mais complexo do que imaginamos. Para pensar essa “alta”, deve-se refletir sobre os vários fatores que estão implicados junto a essa questão, como: o vínculo criado com a instituição, a insegurança que se tem com a rede social e assistencial de cada usuário e também o fato de muitos transtornos psíquicos terem a possibilidade de cronificação.

A prática de estágio realizada em 2014 à 2015 no CAPS Escola tornou possível o contato direto com a realidade e percebi que já estão acontecendo processos de “alta” de usuários, esses processos de “alta” conforme revelado em pesquisas anteriores, ocorre com o envolvimento dos usuários, mas pensar a “alta” é problematizar o próprio avanço ou não da Reforma Psiquiátrica em nossa cidade, uma vez que (re) pensar a rede de atenção em saúde, consiste em saber se ela está trabalhando em sua totalidade na lógica da desinstitucionalização.

Faz-se necessário por sua vez também fazer a escuta desses usuários que tiveram a “alta” do CAPS Escola, pois como protagonistas desse processo detêm muitas dessas informações e até mesmo se eles percebem-se como envolvidos nessa construção de processo de “alta” e do próprio movimento da reforma psiquiátrica.

A presente pesquisa é impulsionada frente às transformações na área de saúde mental no Brasil - com a criação dos Centros de Atenção Psicossocial e a ampliação do entendimento do transtorno mental através de um modelo biopsicossocial - e a realidade experienciada pela acadêmica em seu campo de estágio, em um CAPS Escola, situado na cidade de Pelotas- RS.

A alternativa de trabalho proposta pelos serviços substitutivos/CAPS baseada no planejamento de estratégias que visam à reabilitação psicossocial, somada ao incentivo e estimulação da integração social e familiar dos usuários que frequentam o serviço, deveria contrapor-se ao processo de dependência e cronificação, resultados pelas internações nas

⁷ Essa denominação é utilizada para designar o risco de esse tipo de serviço estar apenas mudando o local do tratamento, sem transformar a essência da problemática do cuidado com a loucura e funcionando, na prática, como minimanicômio (HEIDRICH, 2007).

instituições psiquiátricas. Porém, uma das ocorrências constatadas com os usuários dos serviços substitutivos é de que “dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas” (KINOSHITA, 2001, p. 57), ou seja, em alguns casos os mesmos estabelecem uma relação apenas com o serviço – de casa para o CAPS e vice-versa – limitando a circulação por outros espaços de convívio social.

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica busca a autonomia, protagonismo dos usuários a proposta de investigação deste trabalho busca dar visibilidade para a percepção dos usuários, através da fala de suas vivências de seu processo de “alta”, e da continuação de seus processos de cuidado em outros pontos, colocando em destaque a desinstitucionalização almejada pela Reforma Psiquiátrica.

Tal pesquisa torna-se relevante para que os profissionais avaliem a forma como a alta é percebida no processo terapêutico, além de ampliar as reflexões acerca do objetivo primordial do CAPS que define-se como a reabilitação psicossocial. Busca, ainda, incitar reflexões dos profissionais sobre a possibilidade de pensar em alternativas para melhorias no serviço prestado ao usuário.

Este estudo na área da política social é importante no que diz respeito a questões da garantia dos direitos, possibilitando uma reflexão sobre a efetivação da política pública da saúde e saúde mental, buscando entender as contradições que permeiam essa disputa de conquista e concessão por direitos. Também ao refletir sobre o que está trazendo os processos de “alta” para o Movimento da Reforma Psiquiátrica necessitamos, evidentemente, colocar um olhar crítico para perceber como estão sendo efetivados os princípios almejados pela reforma psiquiátrica, se as políticas sociais estão sendo articuladas para que haja uma consolidação desse movimento e como estão sendo efetivados os direitos desses usuários e de seus familiares.

A Reforma Psiquiátrica é um processo que está em construção, não é algo pronto e acabado, que traz a possibilidade de conhecer a realidade de cada usuário e de cada território e, a partir desse conhecimento, reinventar novas formas de fazer diferente e de fazer a diferença.

Enquanto estagiária de Serviço Social no CAPS Escola, acompanhei o grupo de rede formado no ano de 2014 e que durou até 2015, alguns usuários que participaram desse grupo tiveram “alta” no final do encontro, mas nem todos.

O objetivo do grupo de rede era problematizar o processo de alta dos usuários do CAPS Escola, enfatizando o reconhecimento e a identificação das suas respectivas redes de apoio e de sustentação, tanto formais como informais.

A proposta de investigação deste trabalho busca contribuir com o levantamento e o acréscimo de informações ao campo teórico e prático da saúde mental. Ao refletir sobre esse tema estamos contribuindo com o acúmulo teórico, uma vez que ainda são insipientes sobre a discussão dos processos de “alta”, conseqüentemente ao debatermos sobre a luz das políticas sociais vamos ter um olhar ampliado dessa discussão.

Dentre esta relevância científica, encontra-se a possibilidade de avanço teórico quanto à discussão de uma temática pouco explorada. Percebe-se que muito se discute sobre a alta dos hospitais psiquiátricos e a inclusão das pessoas acometidas de transtorno mental nos Centros de Atenção Psicossocial, porém, problematizações quanto à possibilidade de alta aos usuários do CAPS constatou-se em pesquisa realizada em publicações científicas, apenas 12 publicações (APÊNDICE A). Diante desta lacuna, torna-se necessário à realização de produções científicas que abarquem estes aspectos pouco investigados.

A Política Nacional de Saúde Mental, ao incorporar os princípios da Reforma Psiquiátrica tem ainda grandes desafios, pois não basta apenas ampliar a rede de atenção, mas sim construir redes sociais intersetoriais que promovam a autonomia do usuário, bem como (re) significar o conceito de doença mental, nesse sentido esta pesquisa busca trazer resultados que denunciem essa realidade e provoquem inquietações que buscam mudanças para a efetivação de tal política.

Este estudo foi guiado pelo método crítico-dialético. Conforme Behring e Boschetti (2007, p. 36) este método “traz uma solução complexa e inovadora do ponto de vista da relação sujeito-objeto: uma perspectiva relacional, que foge ao empirismo positivista e funcionalista e ao idealismo culturalista”.

Considerando que o conhecimento não é linear e que não há neutralidade do pesquisador, pois este, como afirma Minayo (2006), é um sujeito atuante e possui previamente determinada visão social da realidade, e que os fenômenos são partes de uma totalidade, buscou-se a compreensão dos mesmos a partir do referencial teórico do materialismo histórico.

Assim por ter essa implicação do pesquisador e seu envolvimento com a pesquisa, a escolha por esse método e não por outro justifica-se pela visão de mundo, a relação entre

indivíduo e sociedade, bem como também recebe grande influência a partir da formação em Serviço Social uma vez que somos instigados a observar a relação indivíduo/sociedade criticamente, ou seja, pautando as reflexões e análises tendo em vista as contradições, a todos os movimentos que ocorrem e que estão envolvidos nessas relações.

Este sendo um referencial teórico que segue a perspectiva crítica. O método dialético-crítico da teoria marxista “[...] considera a historicidade dos processos sociais e dos conceitos, as condições socioeconômicas de produção dos fenômenos e as contradições sociais [...]” (MINAYO, 2006, p. 24).

Um segundo aspecto importante do método dialético, é que ele permitiu à teoria marxista repensar um dos principais dilemas enfrentados no campo da epistemologia sociológica: a relação entre indivíduo e sociedade. Na teoria marxista, a relação do homem com a sociedade não é reduzida a um ou outro dos polos, como faziam as teorias anteriores. Ou seja, o homem não é fruto exclusivo da sociedade, nem esta resulta apenas da ação humana. Na perspectiva dialética, existe uma eterna relação entre indivíduo e sociedade, que faz com que tanto a sociedade quanto o homem se modifiquem, desencadeando o processo histórico-social. (SELL, 2007, p. 45).

A discussão do método na pesquisa social constitui momento importante do processo de investigação. Lênin afirma que o “método é a alma da teoria”, ou seja, o método não se limita a um conjunto de procedimentos e instrumentais para a coleta de dados, mas refere-se à própria maneira de se conceber o mundo e, conseqüentemente, a como se vê a realidade a ser pesquisada (MINAYO, 2000).

Através deste referencial teórico que pressupõe a historicidade, a totalidade e a dinamicidade dos fenômenos, compreendo que para efetivar o movimento da Reforma Psiquiátrica no contexto local é necessário um contínuo caminhar, reconhecendo que este movimento não é harmônico e traz em si conflitos e contradições que precisam ser percebidos e vivenciados cotidianamente, a partir de uma realidade concreta.

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, que busca mostrar a complexidade e singularidade dos fenômenos, principalmente porque este estudo busca uma compreensão particular daquilo que pretende-se investigar, no sentido de conhecer, não preocupando-se com generalizações populacionais, busca-se oferecer contribuições para o processo das mudanças.

Para Minayo (2006), a pesquisa é como atividade básica das ciências, alimenta o ensino, é um exercício de aproximação da realidade, fazendo uma combinação entre teoria e dados, pensamento e ação. “Por um lado, sua tendência definida, de natureza especificadora

dos fenômenos, do conhecimento e do ser humano; e, por outro, relacionada com aquela, a rejeição da neutralidade do saber científico” (TRIVIÑOS, 1987, p.25).

A pesquisa qualitativa possibilita como afirma Triviños (1987), ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave, o que remete a uma posição de não neutralidade e propicia uma aproximação direta com o objeto do estudo.

Por se tratar de um estudo que parte de uma experiência vivida, a abordagem qualitativa constitui o tipo apropriado para a exploração, e também porque essa abordagem é a mais adequada para a compreensão das descrições vivenciais que ocorrem.

Cabe ressaltar que a pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Pelotas, onde seria uma grande oportunidade de dar visibilidade e legitimidade a este trabalho. Elaborei e cadastrei na Plataforma Brasil o Projeto que seria encaminhado ao CEP de origem, chegando ao Comitê da Universidade. Destaco que até chegar ao envio concreto do trabalho, o cadastro na Plataforma é minucioso e cansativo, visto que quaisquer erros na transmissão dos dados da pesquisa são negados e devolve-se o cadastro para fazer os devidos acertos para o envio novamente, após as idas e vindas aprovou-se sob o parecer nº 2.105.327.

Após a aprovação no CEP, em um primeiro momento realizou-se contato com os profissionais do CAPS Escola solicitando aos interessados a participação na pesquisa, bem como a aproximação com o grupo de música “Los Lokos”⁸, para que pudessem ser localizados os usuários que tiveram “alta” do CAPS e que continuam no grupo de música, bem como de seus familiares já que desde seu acolhimento a presença desses é indispensável, para que assim depois possa ser contados e convidados a participar da pesquisa.

A escolha dos sujeitos ocorreu da seguinte forma, foram convidados a participar da pesquisa, profissionais do CAPS Escola que trabalharam no CAPS Escola no período de 2014 à 2015, ano em que realizei a minha aproximação através do estágio supervisionado curricular. Usuários e familiares de usuários que tiveram “alta” do CAPS Escola que participam do Grupo de música “Los Lokos”.

A ideia inicial era entrevistar um total de 27 pessoas, sendo 9 profissionais, 9 usuários participantes do Grupo “Los Lokos”, e conseqüentemente 9 familiares, mas como a pesquisa envolvendo seres humanos e suas vidas cotidianas nem sempre é possível ter o controle

⁸ Grupo de música autogestionário que se organizou a partir da alta do CAPS Escola.

enquanto pesquisadora, logo fiquei ao final das entrevistas com um total de 15 participantes, correspondendo a 7 profissionais e 6 usuários e 1 familiar.

Devo esclarecer que a ideia era fazer a escuta dos familiares, pois entendia como importante para compreender quais são as imposições do cuidado que recebem as famílias, pensando no contexto da Reforma Psiquiátrica, que coloca os familiares nesse processo enquanto um cuidado compartilhado e também do papel do CAPS em oferecer um espaço de cuidado para estes, através das falas que encontraria, porém como não consegui impor a participação das pessoas na pesquisa, realizou-se o convite, mas não tive muito sucesso, consegui entrevistar apenas um dos familiares.

A técnica utilizada para coleta de dados foi à entrevista semiestruturadas (Apêndices , B, C e D), que “[...] é utilizada para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito com o intuito de possibilitar que o investigador desenvolva uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo” (GODOY, 2007, p.134).

Todas as entrevistas foram registradas por meio de gravação em áudio, com a concordância dos sujeitos pesquisados por meio da assinatura do Termo de Consentimento (APÊNDICE E).

Quanto ao procedimento de aplicação do roteiro de entrevista, este realizou-se no local onde os participantes pudessem se sentir à vontade para responder-lhes, todos os profissionais foram entrevistados no ambiente do CAPS Escola, assim como alguns usuários, outros foram entrevistados em suas residências e também na Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental de Pelotas. O objetivo foi que as entrevistas acontecessem no ambiente em que os entrevistados sentiam-se livres e à vontade.

Depois de aplicadas as entrevistas, realizou-se o processo de organização e leitura dos dados por meio da análise de conteúdo. Para analisar os dados optei pela escolha de realizar a análise de conteúdo que é um conjunto de instrumentos metodológicos que aplica-se aos discursos e formas de comunicação diversificadas.

O termo de consentimento foi informado no início do primeiro contato, salientando-se o sigilo quanto à identificação das pessoas e famílias e a garantia de serem mantidos todos os preceitos éticos e legais em todas as etapas da pesquisa. Com isso resolvi identificar os sujeitos pesquisados com nomes de pedras preciosas para representar a riqueza das suas experiências e vivências na trajetória da Reforma Psiquiátrica.

Conforme Bardin (1977), a análise de conteúdo representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que, por meio de procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens, permite a inferência sobre conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. O objeto da análise de conteúdo é a palavra, ou seja, aspecto individual e atual em ato da linguagem, a prática da linguagem realizada pelos emissores identificáveis.

A análise de conteúdo presta-se à análise das significações do conteúdo, procurando aquilo que está por trás das palavras e tem, como especificidade, a articulação entre a superfície dos textos descritos e analisados e os fatores que determinam as características presentes na produção.

Considera-se que, para a operacionalização da técnica, é necessário estar atento, de modo a perceber que a comunicação é suporte para a materialidade das representações da superestrutura, que traduz valores contraditórios e que não tem sentido sem a sua inserção em um determinado contexto.

Pretende-se realizar a operacionalização da análise de conteúdo a partir da escolha da análise temática que funciona “[...] por operações de desmembramento do texto, em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analíticos” (BARDIN, 1977, p. 153). A noção de tema está conectada à afirmação de um determinado assunto que interconecta-se a um feixe de relações (Minayo, 2006).

Para Bardin, o “[...] tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1977, p. 105). O tema pode ser representado por uma palavra, uma frase ou um resumo que possui um significado importante na contribuição da análise do objetivo em pauta. Enquanto unidade de registro, o tema corresponde a uma regra de recorte do texto, que tem como parâmetro o sentido, o significado.

A análise temática contempla três etapas: a pré-análise, a exploração do material, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

Tratando-se de uma pesquisa qualitativa, entendo que a riqueza encontra-se nas falas dos entrevistados. Portanto, para além de todos os ensinamentos teóricos sobre o tema, os quais diga-se que são indispensáveis para a construção do conhecimento científico, cabe apresentar a contribuição dos sujeitos pesquisados. Assim no próximo capítulo é possível observar a análise dos resultados da pesquisa.

3.0 AS DESCOBERTAS DO CAMINHO: RESULTADOS E ANÁLISE DOS RESULTADOS.

[...] O CAPS é meio, é caminho, não fim. [...]

Yasui

Pretendo contextualizar, a partir dos dados produzidos e analisados, nesse último capítulo, apresentar os achados da pesquisa. Busco contribuir, de alguma forma, para o entendimento desse novo processo que vem encontrando-se no movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que é pensar esse cuidado em rede, na lógica da desinstitucionalização. Neste ponto da dissertação, quero trazer os aspectos que respondam a pergunta problematizadora da pesquisa e atingir os objetivos propostos. Através da problematização das questões levantadas, quero reafirmar a potência e as possibilidades que esse dispositivo que é a “alta”, apresenta para o processo de desinstitucionalização e afirmação da cidadania daqueles considerados “loucos”, entendendo que os serviços substitutivos de saúde mental, tais como o CAPS, devem se apresentar não como "espaços-fim", mas como "espaços-meio" que possibilitem a inserção de outros modos de existência na sociedade.

3.1 PROBLEMATIZANDO O TERMO “ALTA”: PERCEPÇÕES DOS ATORES ENVOLVIDOS NESSE PROCESSO.

Através desse ponto de reflexão busco apresentar uma problematização do que significa essa “alta” para os atores envolvidos nesse processo, com a análise de suas falas discurso sobre o que estes entendem dessa “alta”, pautando uma discussão a partir de qual o sentido da alta para os protagonistas desse processo.

Para começar a reflexão coloco em pauta a questão que o termo alta traz na lógica do CAPS e da Reforma Psiquiátrica.

Em sua Tese intitulada “Avaliação do processo de alta dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.” Guedes (2014), trabalha a questão da “alta” que vai de encontro com o que penso, entendendo, não fim, mas como um processo que dá continuidade ao acompanhamento do cuidado em saúde mental. A alta, dentro do contexto da atenção psicossocial, não ocorre no sentido biológico, o qual remete à cura da doença e ao desaparecimento da patologia psiquiátrica.

As equipes profissionais dos CAPS são equipes interdisciplinares que “[...] é entendida como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à

horizontalização das relações de poder entre os campos implicados [...]” (VASCONCELOS, 2002, p. 47) focada na reabilitação psicossocial de forma integral. Portanto, não é centrada na figura médica e nem no saber biomédico. Ao contrário do que é visto nos hospitais psiquiátricos, o cuidado é proporcionado por uma equipe técnica composta por profissionais de diversas áreas.

Assim, quando falo em “alta” refiro-me não somente na prescrição de um médico como a palavra remete, mas sim no todo, considerando todos os conhecimentos e vontades, incluindo a participação dos próprios usuários e familiares. Logo, tem-se um modo de cuidado de forma horizontalizada, ou seja, todos são escutados na relação do processo.

Não podemos pensar que um usuário terá alta quando ficou curado e totalmente autônomo, independente. Os CAPS não têm o objetivo de cura da loucura, mas sim fazer com que os usuários consigam lidar com essa nova maneira de aprender a perceber as novas formas que se encontraram, a encarar todo o estigma, encontrar meios e formas que estes possam a “andar com a vida”. Nesse sentido Esmeralda, Rubi e Cristal tem seu entendimento sobre a “alta”:

a alta, então eu sempre faça a relação com a questão da condição da doença, né e dos sujeitos na grande maioria por ter uma doença crônica ela vai depender sempre de um cuidado, a pessoa nunca vai prescindir de um cuidado. O que a gente chama de alta aqui é de não precisar desse cuidado especializado, dela poder migrar para um outro modo de cuidado e que dê continuidade justamente a essas questões que foram trabalhadas aqui no CAPS, que é a emancipação, a autonomia, esse resgate das capacidades que a doença atrapalhou na vida. Então eu penso a alta como isso de poder pensar “desencapsular” pensar a vida lá fora, que é onde a vida acontece, então como uma transição para um outro lugar de cuidado.(Esmeralda).

Um dos pontos principais que precisamos ter nítido para a compreensão da categoria “alta” é que não podemos trabalhar numa perspectiva entendendo a saúde somente como ausência de doença, mas sim, a situação resultante de políticas econômicas, sociais, culturais e jurídicas, incluindo a história pessoal de cada indivíduo, o nível de percepção do próprio corpo e das disfunções orgânicas e a dinâmica com o meio ambiente, bem como conhecimento acerca da problemática da saúde e suas consequências no plano da vida prática, cotidiana do usuário e família.

Na perspectiva da reforma psiquiátrica como meio para a desinstitucionalização o “paciente” torna-se sujeito de sua existência – sofrimento (sua doença, para a psiquiatria tradicional) sujeito de seu “tratamento”, sujeito de sua própria vida. Este sujeito não deve ser tratado, mas cuidado de forma integral. O novo modo de cuidar é chamado na literatura de “atenção psicossocial”. O cuidado psicossocial pretende tratar a pessoa em sua integralidade e em sua complexidade. A grande inversão que se pretende operar é colocar, no lugar da cura como objeto do trabalho, a invenção de saúde, a invenção de vida. (HEIDRICH, 2007, p.156).

Como considera Heidrich (2007), os usuários devem ser vistos e cuidados para além de sua doença, devem ser considerados como sujeitos de direitos e estes devem ser garantidos em seus múltiplos aspectos.

Na verdade eu acho que até a palavra alta assim, porque na verdade o paciente psiquiátrico vai ter que ter um acompanhamento toda a vida, então as vezes pro próprio paciente a palavra alta é forte, porque assim “bah! vou ter alta não vou ter mais acompanhamento” é complicado, eu vejo muitas vezes o nosso usuário aqui muitas vezes ele é segregado pela família, não tem interação social, ai ele vem para o CAPS lugar que ele se sente acolhido, de certa forma ele se sente que melhora os sintomas, os aspectos sociais se relacionando melhor com as pessoas daqui com as pessoas de fora e que pessoa vai querer sair de um lugar que lhe faz bem, então nesse processo de alta que eu acho também que é um processo, quando se fala alta é como se tivesse um rompimento, então eu acho assim que quando a gente diz alta é como se tivesse um rompimento então eu acho assim, quando eu converso com o usuário eu falo assim eu tento evitar a palavra alta eu digo assim tu vai dar continuidade ao teu tratamento em outro lugar a alta para mim é muito ligado ao hospital internou, teve alta e saiu e ai não precisa fazer mais nada, eu acho também que é um pouco isso é uma continuidade de tratamento em outro lugar. (Safira).

[...] hoje a minha visão de alta é de que após a passagem da pessoa por um período necessário que ela possa ser encaminhada novamente para o seu cotidiano. Acho que é no cotidiano, é na vida, na sua comunidade que tem a potência da vida da reabilitação de fato, e o CAPS é uma escada necessária para elevar essa pessoa a uma condição de estabilidade no seu quadro de transtorno e desequilíbrio emocional [...]. (Cristal).

Através dessas falas percebemos que apesar do termo remeter a cura, tem-se a compreensão dos envolvidos nesse processo que a passagem pelo CAPS é necessária e que também ao passar por esse espaço de cuidado não deverá ser único, mas entendido como um espaço especializado e que chegará um momento que se terá uma “alta”, mas que isso não significa a cura, mas sim uma passagem para outro local de cuidado como podemos perceber acima.

Avalia-se que a alta remete à concepção de cura da doença. Porém, com as mudanças no paradigma da atenção psicossocial, o foco da atenção em saúde mental não se encontra mais na doença e no binômio doença-cura, mas nas possibilidades de vida que podem ser desenvolvidas pelos usuários do CAPS. A atenção em saúde mental centra-se na promoção da reinserção social, cidadania e autonomia dos usuários para que possam ampliar suas trajetórias de vida na sociedade, superando o preconceito e o estigma que envolve as questões relacionadas à loucura. A patologia psiquiátrica passa a ser mais um dado na vida do usuário, mas não sua totalidade, ultrapassando rótulos que reduzem a vida ao sofrimento psíquico. (GUEDES, 2014, p. 94).

Guedes (2014) em seu estudo coloca a realidade de outra cidade, que já avançou nessa questão como podemos observar quando temos que:

Em Joinville há um posicionamento claro de que o CAPS deve ser transitório na vida do usuário; [...] E, ainda, é importante que se revise constantemente a utilização

do termo “alta”, pois poderá remeter à interrupção do tratamento e à desassistência ao usuário. (GUEDES, 2014, p. 96).

Em Joinville avançou-se nessa questão, com relação ao termo alta, sendo este muitas vezes entendido como rompimento do tratamento, através dos processos de trabalho do CAPS entenderam superar este termo uma vez que estes são serviços transitórios.

Surge, também, uma nova expressão em substituição ao termo alta dos usuários: *a transferência de cuidados*, expressão gerada pelo CAPS e está sendo implementada no cotidiano do serviço. Essa substituição foi proposta, pois tanto profissionais quanto usuários reconhecem que a palavra *alta* remete à cura, e por isso a importância da substituição do termo pela expressão, para que, além da mudança nas práticas, também haja mudança na mentalidade acerca da atenção psicossocial. (GUEDES, 2014, p. 96).

Essa realidade trazida por este estudo coloca como os CAPS, por serem um dispositivo e uma estratégia de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, necessitam se repensar dentro da rede e problematizar como está trabalhando para a reabilitação psicossocial dos seus usuários na sociedade, quais as formas de cuidado, de atenção utilizada para, de fato, contribuir com a lógica antimanicomial. Como veremos abaixo uma das entrevistadas relata que essas discussões já estão ocorrendo em nossa realidade também.

Assim na verdade a gente tem bastante discussão se efetivamente é uma alta, na verdade hoje o que a gente tem discutido muito assim, é de que esse usuário da saúde, de uma certa forma ele está vinculado a uma política de saúde e ele tem em algum momento a necessidade de estar em um serviço especializado, então tem esse momento na vida dele que necessita esse cuidado mais especializado que seria a indicação de tratamento nos CAPS, mas que justamente na reabilitação psicossocial teria o momento em que ele poderia efetivamente retornar para os seus territórios para a unidade básica para a rede como um todo, tanto essa rede formal como a rede informal, que não necessariamente dado como uma alta, e sim como uma possibilidade de reabilitação efetivamente e que então ele pudesse dar continuidade a sua vida sem necessitar naquele momento de cuidado especializado. (Topázio).

A reabilitação psicossocial do usuário implica na sua reinserção social, no estabelecimento de trocas sociais nas esferas materiais e sociais, entre outras. Assim, poderíamos pensar que a reabilitação psicossocial:

É fundamentalmente um processo de remoção de barreiras. De barreiras que impedem a plena integração de um indivíduo na sua comunidade e de barreiras que impedem o pleno exercício de seus direitos, da sua cidadania [...] O processo de reabilitação psicossocial, como nós o entendemos, é a restituição plena dos direitos, das vantagens, das posições que estas pessoas tinham ou poderiam vir a ter, se lhes fossem oferecidas outras condições de vida, nas quais as barreiras fossem atenuadas ou desaparecessem. (BERTOLOTE, 2001, p. 156).

O objetivo do CAPS é de que o usuário esteja em circulação, pois sabe-se que os serviços de saúde mostram resultado à medida que precisamos menos deles. Algumas cidades têm organizado informações sobre os atendimentos e as demandas nas diversas áreas, uma maneira de passar para a população informações do que está acontecendo nos serviços. Através da pesquisa que realizei de levantamento sobre o assunto encontrei o “Protocolo de Saúde Mental” da cidade de Colombo do ano de 2011 que:

constitui importante instrumento no atendimento a demanda na área de saúde mental, disponibilizando informação para a execução das ações que orientem a melhor conduta no atendimento a pessoa com transtorno mental e pessoas dependentes de álcool e outras drogas. (COLOMBO, 2011, p. 5).

Esse protocolo dá um subsídio para que possamos entender um pouco como são classificados os tipos de “alta” e para pensarmos como são realizados os encaminhamentos.

Tipos de alta: Toda alta é advinda de avaliação clínica e que necessita da aceitação e confirmação do paciente, sempre visando na melhoria de qualidade de vida. Dessa forma, são realizados três tipos de Alta:

- Alta melhorada: Ao observar que os recursos disponíveis no serviço já não são os mais adequados para o paciente, inicia-se então um processo de trabalho para alta, dessa maneira, o paciente será encaminhado para o ambulatório de saúde mental e/ou outro serviço.
- Alta por abandono: Muitas vezes o paciente que inicia o tratamento para transtorno mental, não percebe a verdadeira necessidade do tratamento, e sem auxílio e apoio de familiares muitas vezes não realiza com a devida continuidade. É necessária muita força de vontade, responsabilidade e comprometimento do paciente, porém muitas vezes, até mesmo por motivo da doença, o paciente não percebe a necessidade, e então abandona o tratamento.
- Alta a pedido: Quando o paciente já não percebe a necessidade do tratamento, ou se sente preparado para retornar as suas atividades e relações sociais, mesmo quando a avaliação da equipe seja de necessidade de continuidade do tratamento. (COLOMBO, 2011, p. 16).

Sabemos que o termo biomédico refere-se a uma compreensão dos transtornos mentais a partir de uma perspectiva biologicista, de doença e cura, minimizando as influências sociais, culturais e históricas no surgimento e/ou agravamento dos transtornos mentais. Os CAPS não centram o cuidado a partir dessa lógica biologicista, muito pelo contrário.

Se for entendida a partir desse termo biomédico temos, segundo a terminologia básica em saúde do Ministério da Saúde, o entendimento de alta como:

Ato médico que determina o encerramento da modalidade de assistência que vinha sendo prestada ao doente até o momento, por cura, melhora, inalteração, a pedido ou transferência. Poderá, caso necessário, receber outra modalidade de assistência, seja ela no mesmo estabelecimento, em outro ou no domicílio. (BRASIL, 2005, p. 15).

A partir da apresentação e análise das falas de alguns participantes da pesquisa posso dizer que apesar ainda do uso desse termo “alta” o sentido do cuidado não vai de encontro com o que a palavra remete, percebo que as atividades desenvolvidas nos Centros de Atenção Psicossocial são planejadas tendo em vista a reabilitação social dos usuários, a ampliação de novos agenciamentos sociais.

Está em processo de construção uma nova forma de lidar com “alta” dos CAPS que estende-se a uma redefinição do termo que passa de um modelo hospitalocêntrico aos serviços substitutivos. Mudanças por parte dos profissionais que atuam na área de saúde mental - que passam a reconhecer o sujeito que possui um transtorno mental e as implicações na sua vida e não apenas focar o transtorno em si - como também o modo como a sociedade percebe e trata a loucura, buscando romper com preconceitos e estigmas de periculosidade e invalidez por muitas vezes atribuídos às ações do sofredor psíquico.

A alta ela é bem complicada, porque se a gente for pensar na proposta do CAPS que é da reabilitação psicossocial da retomada da autonomia ou da apropriação da autonomia, da circulação do usuário nos diferentes espaços, isso é subjetivo, tanto para as equipes que fazem o processo de tratamento quanto para as pessoas que vêm buscar um tratamento o que afinal o que a gente espera do usuário e que o usuário espera do tratamento eu acho que a gente nunca vai ter muita clareza assim de qual é o momento da alta, então eu acho que isso tem que ser uma construção permanente assim tanto da equipe, quanto da relação com o usuário para entender, é uma negociação assim do que se espera e do que é possível, para poder entender que esse usuário não tem mais a necessidade de estar nesse espaço de tratamento, algumas vezes, muitas vezes ele vai precisar dar continuidade em uma outra forma de tratamento, principalmente medicamentoso mas que ele vai atingir uma autonomia que é única para aquela pessoa, então é muito difícil a gente ter um, sei lá protocolo de alta, porque é isso a alta ela é subjetiva, ela tem a ver com a vida dos sujeitos, o lugar onde o sujeito circula, as relações que ele estabelece, com a própria relação com a equipe dos serviços, com a relação com a rede porque sabe que quando o usuário chegar lá fora, ter uma crise e não conseguir voltar, não ter garantido o lugar de cuidado fora do CAPS então são ainda construções ainda a serem feitas. (Ametista).

Devemos colocar, sim, uma atenção sobre o termo “Alta”. Se este é um espaço onde há diversos saberes e perpassam profissionais com formações específicas, devemos nesses espaços interdisciplinares colocar para discussão essa questão problematizando, reinventando e (re) significando as terminologias, assim como outras foram, uma vez que o nome pelo qual tem a denominação tem uma marca e com isso penso que se “naturalizarmos” o termo “alta”, pode-se cair no risco de estar reproduzindo um modo de cuidado outro.

Nesse sentido é que no próximo momento desse capítulo apresento uma reflexão a cerca de como ocorre esse processo de “alta”, as estratégias utilizadas pelos profissionais e usuários.

3.2 ENTENDIMENTO DE COMO OCORRE ESSE PROCESSO: LIMITES E POSSIBILIDADES IDENTIFICADOS.

Para uma compreensão e entendimento sobre o processo de “alta” Guedes (2014) dá um caminho, no qual podemos analisar a “alta” a partir de duas dimensões sendo: dimensão da reabilitação e dimensão da gestão dos processos em rede.

A dimensão da reabilitação envolve o cuidado no CAPS, priorizando o território como cenário para a constituição de múltiplas trocas sociais, sendo local privilegiado para desenvolver a autonomia, cidadania e liberdade de ir e vir dos usuários. Por meio da dimensão de reabilitação são abertos processos de negociação com o usuário, concedendo crédito e aumentando o seu poder de contratualidade. Nessa dimensão destacam-se as tecnologias de cuidado, cotidianidade, desinstitucionalização e restituição do sujeito, as quais potencializam processos de alta. (GUEDES, 2014, p. 23)

Uma das formas de pensar esta lógica antimanicomial é problematizando quais são as maneiras que o CAPS pensa a “alta” de seus usuários. Aqui, entendo que esse processo de pensar essa “alta” se dá junto com os usuários, pois está preconizado o protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo.

Entendo que desde a entrada, e conseqüentemente o processo de reabilitação psicossocial, o tipo de tratamento e o processo de “alta” do CAPS devem ser avaliados em equipe interdisciplinar, bem como com o próprio usuário e sua família.

[...] não tem um modo único de pensar a alta, ela se dá de vários modos, vai dependendo dos sujeitos, a gente vai observando como ele vem se inserindo no processo de tratamento dele, da própria recuperação, dos espaços de inserção que ele vai tomando na vida, nos lugares de participação que ele vai tendo, a gente discute na reunião de equipe e acaba vendo isso com o próprio sujeito. Existe também o grupo de rede. (Esmeralda).

Pensar a alta se dá muito a partir do que o usuário apresenta, é respeitada a singularidade de cada um, é um processo único para cada sujeito, os profissionais vão trabalhando a partir da reabilitação, a partir de sua inserção no modo de cuidado do CAPS, a partir de suas demandas, do que ele vai trazendo e apresentando no serviço, a partir dos espaços que ele vai tomando para si.

eu não sei se a gente tem uma estratégia comum a toda equipe, como nós somos TR, acho que uma coisa que é inegável é que a alta ela é feita junto com o TR, acho que isso é protocolo, quem da alta é aquele profissional que acompanha mais de perto o tratamento, então isso é bem estabelecido e depois cada TR vai vendo o tempo que seu usuário, o tempo no sentido de suas vivências, como estão as coisas, eu procuro sempre quando começo a falar de alta de ir reduzindo o plano terapêutico, se a

peessoa está bem diminuo para uma vez por semana, quando ela está melhor quinzenalmente, combino por exemplo a partir de hoje tu vai ter alta, mas tu ainda vem pegar a receita nos próximos dois meses para a gente conversar e ver como tua está, eu tento fazer esse desligamento aos poucos ao menos que a pessoa se ache em condições de ter alta ai é possível fazer uma ruptura mais rápida, mas se eu vejo que a pessoa tem essa dificuldade de desligamento do serviço eu vou aos poucos fazendo esse desligamento. (Ametista).

[...] Outra forma é ir conversando, então o TR já vai avaliando também a necessidade de ele permanecer ou a possibilidade de ele dar alta[...] Nas reuniões distritais, hoje pela manhã a gente teve, que vem as unidades básicas aonde também a gente já identifica porque muitos pacientes ao virem para o CAPS não quer dizer que eles deixem de frequentar as UBS, ele continua fazendo parte dessa rede como um todo e muitas vezes a UBS identificam a necessidade, hoje de manhã a gente falou de uma usuária que passou pelo serviço e que está participando das oficinas terapêuticas na unidade, então não ficou solto nós sabemos que ele teve continuidade. Todo o usuário tem o técnico de referência, por exemplo, eu tenho um usuário que eu sou a TR, o que eu faço? Vou observando ele, vou acompanhando ele, todos os passos, no caso aqui, então eu sei quando ele está preparado, que ele já está estável, que ele já está organizado, que ele terá bastante coisa para fazer lá fora, que eu já me informei, porque eu tenho que me informar disso também, não posso largar eles assim, e isso é o que todos os profissionais fazem, esse é o trabalho de TR do CAPS.[...] Tem o TR, mas todos os profissionais estão olhando ele, então quando a gente tem a reunião de equipe, e nela que a gente olha e diz, eu acho que ele está preparado para a alta, aí é passado na reunião, aí todos os profissionais concordam ou acham que é melhor rever. (Rubi).

Como pode-se visualizar através das falas dos participantes, que o pensar a alta se dá a partir da relação com o sujeito, o usuário, a partir das suas relações, é um modo singular. Como ambas as falas, trazem percebemos que cada usuário tem desde o momento da chegada ao serviço um Técnico de referência (TR), ou seja, aquele profissional que acompanhará mais de perto, não no sentido de tutela, muito pelo contrário, no sentido de organizar o plano de cuidado.

O profissional de referência é aquele que pode ou não fazer o primeiro acolhimento do usuário. Ele é responsável por construir e avaliar constantemente o PTS juntamente com o usuário e sua família, quando possível e necessário. Assim, acompanha o percurso terapêutico do usuário na rede de saúde e dialoga sempre com o usuário, em seu contexto, envolvendo equipes de referência e de apoio (PINTO et al., 2011).

A partir desse vínculo maior é que esse profissional, junto com a equipe interdisciplinar, através das reuniões de equipe irão problematizar a possibilidade de alta, reforçando assim a ideia do cuidado horizontalizado, pensando vários profissionais cuidando desse sujeito. Também como podemos notar nas falas a preocupação que se tem com essa desvinculação com o serviço, a transferência para outros espaços de cuidado, nota-se que sendo um processo de cuidado subjetivo, são diversas as estratégias para que de fato seja garantido esse cuidado.

Observa-se também como trazem as falas acima referidas, entende-se que o processo de “alta” tem que envolver os usuários, e através da reabilitação psicossocial que, segundo Hirdes:

Também pode ser vista como a aceitação de uma pessoa como ela é, do jeito que ela se apresenta, para poder se trabalhar em cima das suas dificuldades os aspectos necessários à sua vida. Reabilitação psicossocial não consiste no processo de adaptar os fracos ao mundo dos fortes, mas em mudar as regras do jogo, para que os fortes compartilhem do mesmo cenário dos mais fracos. Para isso, é necessária uma conscientização da sociedade, e não a adoção de medidas tranquilizadoras da boa consciência. São estes os movimentos necessários que permitem passar de uma atitude de imobilidade para a produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e de justiça. (HIRDES, 2001, p. 281).

Os CAPS têm a tarefa, juntamente com os usuários, de promover ações que desconstruam o pré-conceito de que a loucura invalida as ações dos usuários frente à sociedade, será na relação com as redes sociais dos sujeitos envolvidos que esse movimento ocorrerá e assim eles precisam estar envolvidos no processo de “alta”.

Assim,

[...] a tarefa que tem o serviço de saúde mental é a de ajudar a pessoa que em algum momento de sua vida perdeu a capacidade de gerar sentido, acompanhando-a na recuperação de espaços não protegidos, mas socialmente abertos para a produção de novos sentidos. (SARACENO, 1999).

Quando falo que o usuário deve participar do processo de “alta”, estou falando também em autonomia, onde ‘*auto*’ significa próprio, si mesmo, e ‘*nomos*’ norma, regra, lei – sugere pensar que autonomia encontra-se ligada à noção de indivíduo capaz de se autodeterminar, aquele que produz e vive de acordo com normas próprias, ou seja,

[...] conduz o pensamento imediatamente à ideia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construírem sua trajetória de vida. (FLEURY-TEIXEIRA et. al., 2008, p. 218).

Neste contexto, é possível pensar a autonomia do usuário como um dos objetivos a serem alcançados no CAPS, entendendo que o seu desenvolvimento ocorre a partir da ampliação dos espaços que proporcionem as trocas sociais dos usuários com novas redes de relações sociais.

Vale ressaltar que a autonomia é concebida como a possibilidade de o usuário gerir sua própria vida, dentro de suas condições e limitações. Contudo, “[...] não se trata de confundir autonomia com autossuficiência ou independência” (KINOSHITA, 2001, p. 57). Aliás, esta concepção pode ser considerada utópica, tendo em vista que somos seres sociais, inseridos em um meio social, em determinados grupos sociais e é através das trocas sociais, nas relações

sociais, que nos moldamos, nos construímos.

Portanto, cabe aos profissionais dos CAPS, promover o planejamento de ações, estratégias clínicas que ampliem os laços sociais dos usuários com outros seres ou outras coisas, como afirma Kinoshita (2001). Quanto mais “coisas” nesses novos agenciamentos sociais existirem ou forem conhecidas pelos usuários, possivelmente, maiores serão as chances de trocas sociais, materiais, afetivas e maiores contratos em suas vidas.

Nesse sentido, a Política de Saúde Mental recomenda que os PTS devam ter como meta principal a inserção social por meio de ações que envolvam educação, esporte, cultura, lazer e, também, serem desenvolvidos de acordo com as necessidades e possibilidades de cada usuário. De forma que suas ações ultrapassem a própria estrutura física dos CAPS e busquem articular redes de suporte social, voltadas para os sujeitos que contribuam para o restabelecimento de vínculos fragilizados e/ou perdidos ao longo do processo de adoecimento (BRASIL, 2004).

Igualmente, o envolvimento dos usuários no processo de “alta” pode ocorrer a partir da implicação desses, bem como no “redescobrimto” “descobrimto” e ou do fortalecimento das redes de apoio, uma vez que o trabalho visa à reabilitação social.

Segundo Guedes a outra dimensão para pensar os processos de alta é a “dimensão de gestão dos processos em rede” (GUEDES, 2014) que fundamenta a rede como cenário para suporte e desconstrução da dependência do usuário de um único serviço.

Compreendendo que os usuários permanecem por longo período de tempo vinculados ao CAPS, e, que, na atualidade, a atenção direciona-se ao território, no qual a meta é a inserção e cidadania, considero estratégico refletir.

É neste sentido de ampliação das redes de relações que os projetos terapêuticos dos usuários dos serviços substitutivos/CAPS deveriam vislumbrar sua alta, sua desvinculação com apenas e (predominantemente) o serviço de saúde mental. Dessa forma, tão somente em momentos de maior fragilidade psíquica, o serviço de saúde estará à disposição para um acolhimento, uma escuta, como um “porto seguro”, sempre presente, mas numa perspectiva de partida do usuário para uma nova viagem.

Quando estamos trabalhando com a temática da Reforma Psiquiátrica algo que não podemos deixar de problematizar é o cuidado em redes, entendendo que esse cuidado deve ser colocado ainda mais intensivamente nos processos de “alta”, conforme visto no ponto anterior o estudo apresentado por Guedes (2014) quando refere-se a gestão dos processos em rede, uma vez que é o momento em que os usuários estão saindo do ponto de atenção, que é o

CAPS e passando para outros espaços de cuidado, devemos colocar essa como uma categoria central nesse projeto.

O cuidado em redes sociais é importante no tratamento para reabilitação e para a própria luta antimanicomial é por esse motivo que ela entra como uma das categorias centrais quando estamos problematizando os processos de “alta” dos CAPS, e nesse sentido é que foi questionado sobre as redes acionadas pelos profissionais e usuários.

Entendo que não podemos pensar em reabilitação psicossocial a partir de um único ponto de cuidado, nos aproximamos do conceito de rede a partir da Sociologia trazendo segundo Gonçalves e Guará os elementos que fazem parte da rede

são diversos em sua natureza, estrutura e capacidade de ação, sendo necessário assim trabalhar na perspectiva de compatibilizar tempos heterogêneos e buscar consensos parciais para cada momento do processo. (GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p.16).

Assim é possível perceber que esse conceito de rede acaba atingindo o fortalecimento das ações em conjunto, enriquecendo a atuação profissional, bem como o cuidado, e também traz o pressuposto de que estes pontos devem estar articulados.

Segundo análise de Luciano Junqueira “nas redes, os objetivos definidos coletivamente, articulam pessoas e instituições que se comprometem em superar de maneira integrada os problemas sociais” (JUNQUEIRA, 2004, p. 29).

Ora, se temos como um dos princípios da Reforma Psiquiátrica a construção de uma sociedade que paute o reconhecimento da cidadania e da subjetividade na produção da loucura e que rompe com o modelo biomédico e psicologizante da questão social para um modelo psicossocial e temos os CAPS como lugares de passagem, é necessário que eles contem com uma rede que garanta um cuidado efetivo.

na medida que vai se trabalhando nas oficinas terapêuticas, com grupos terapêuticos e atendimentos individuais se permite e se possibilita que as pessoas pensem na potencialidade da sua comunidade, das estratégias, serviços e grupos que possibilitem uma interação social das pessoas, a gente sempre está possibilitando valorizar o que as pessoas trazem porque cada pessoa vem de um bairro e cada bairro tem diversas ruas, que tem distintos agrupamentos então é importante que a pessoa conheça a comunidade, as igrejas, as religiões as religiosidades, os grupos as associações, academias, enfim etc..., as infinitas possibilidades, que a pessoa conheça e possa mapear, se aproximar e buscar estabelecer vínculos se ela ver que é necessário para seu equilíbrio emocional e uma vida em sociedade então a gente estimula isso. A gente sempre considera a rede formal da atenção psicossocial que é aquilo que é mapeado dentro do território e a gente sempre estimula a rede informal que é a que o usuário conhece pela natureza da sua residência como nativo daquele território, então ele conhece melhor que nós os dispositivos que ele possa também se aproximar e a gente vai tentando construir e consolidar isso com a pessoa. (Cristal).

A gente tem esse olhar para a rede formal, no grupo de rede tinha muito o olhar para a rede informal também, nesse território onde a pessoa mora o que que tem, quais são os recursos que ela pode utilizar para além da rede formal inclusive, grupos, quais são as atividades que ele tem no bairro que ele poderia se inserir, a própria questão familiar, de amizades, as coisas que é importante identificar porque aí a gente percebe alguns que não tem essa rede tem a tendência de retornar para o CAPS. A gente tem incentivado a própria associação dos usuários um outro espaço que eles também podem se identificar continuar o acompanhamento, pensar um espaço de autonomia, temos como experiência o grupo de autogestão o grupo de música Los Lokos agora nós temos pensado e organizado o grupo de futebol sempre nessa perspectiva, temos a oficina de esportes, então se pensou de ter um outro grupo mas mais na linha da autogestão não mais tão vinculado com o serviço. (Topázio).

Assim, nesse novo modo, pautado na reabilitação psicossocial, em que busca-se o rompimento do modelo antigo de cuidado que era centralizado em um único ponto, agora temos que contar não somente com os CAPS, pois assim não serão possíveis termos de fato uma Reforma Psiquiátrica que vise a desinstitucionalização, mas que conte com uma rede substitutiva de serviços composta por:

[...] todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte etc.), econômicos (dinheiro, previdência etc.), culturais, religiosos e de lazer estão convocados para potencializar as equipes de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2004, p. 11).

Essa articulação com a rede é importante para que essa reabilitação seja trabalhada, na medida em que os CAPS são lugares de passagem e porque as vidas das pessoas acontecem no território.

Estamos falando do princípio da intersectorialidade, isto é, de estratégias que passem vários setores sociais, tanto do campo da saúde mental e saúde em geral, quanto das políticas públicas e da sociedade como um todo. Em outras palavras, os serviços de atenção psicossocial devem sair da sede dos serviços e buscar na sociedade vínculos que complementem e ampliem os recursos existentes. Deve articular-se com todos os recursos existentes no campo da saúde mental, isto é, com Rede de Atenção à Saúde Mental (outros serviços de atenção psicossocial, cooperativas, residências de egressos ou outras pessoas em situação de precariedade social, ambulatórios, hospitais-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais), e no campo da saúde em geral (Estratégia Saúde da Família, centros de saúde, rede básica, ambulatório, hospitais gerais e especialização etc.) ou no âmbito das políticas públicas em geral (ministério público, previdências sociais, delegacias, instituição para crianças, idosos, desassistidos em geral, igrejas, políticas educacionais, de esporte, lazer, cultura e arte, turismo, transporte, ação e bem-estar social etc.), e, finalmente, no âmbito dos recursos criados pela sociedade civil para organizar-se, defender-se, solidarizar-se. (AMARANTE, 2007, p. 86).

O que Amarante nos coloca sobre o princípio da intersectorialidade é uma tarefa muito difícil, mas ao mesmo tempo necessária de ser construída, principalmente para que se efetive a Reforma Psiquiátrica, eis que a intersectorialidade não torna-se fácil uma vez que

historicamente as políticas públicas são realizadas de forma setorial, desarticulada e com isso são muitas vezes ineficazes, mas por outro lado temos a necessidade de trabalhar intersetorialmente já que as expressões da questão social ⁹ e as necessidades da população não se dão de forma fragmentada e assim então “a intersetorialidade é vista como mecanismo fundamental de garantia de direitos e de atendimento as necessidades da população” (Cezar et al., 2008, p. 7). Trabalhar de forma intersetorial é um mecanismo fundamental para garantir o direito de existir na sociedade, uma vez que estes sujeitos ao circularem nos espaços estão potencializando a desconstrução de preconceitos que se tem com a loucura e os “loucos”, pois de certa forma a Reforma Psiquiátrica pretende, além de melhorar a qualidade no atendimento, criar mecanismos e espaços para tratamento pautado na inclusão e na inserção comunitária, abandonando a ideia de que os “loucos” deveriam ser isolados para o tratamento (AMARANTE, 2009).

Essa questão da necessidade da intersetorialidade foi discutida e apresentada no relatório da III Conferência de Saúde Mental em que aponta que:

A formulação da política de saúde mental, orientada pelos princípios da Reforma psiquiátrica, requer o desenvolvimento de ações integradas e intersetoriais nos campos da Educação, Cultura, Habitação, Assistência Social, Esporte, Trabalho e Lazer e a articulação de parcerias com a Universidade, o Ministério Público e as Organizações Não-Governamentais (ONGs), visando a melhoria da qualidade de vida, a inclusão social e a construção da cidadania da população. No desenvolvimento de trabalhos com a perspectiva da intersetorialidade, destaca-se, ainda, a necessidade de contemplar a singularidade de cada território. (SUS, 2002, p. 54).

O trabalho em rede é considerado complementar e ao mesmo tempo insubstituível. Cada serviço proporciona ao usuário a etapa necessária para o seu ideal. Há o serviço que o cidadão buscará como referência, mas este, para proporcionar a proteção social completa, necessita que a rede social comunique-se e interaja a favor deste e tratando-se desses serviços irão atender pessoas com sofrimento mental e que sabemos que ainda é preciso trabalhar nessa perspectiva esgotando todos os recursos para efetivar.

Para isso temos que ter redes intersetoriais, ou seja, redes que articulem vários pontos de diversos setores da sociedade, pois assim busca-se uma superação, a lógica histórica da fragmentação das políticas públicas no enfrentamento da questão social.

⁹[...] o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (IAMAMOTO, 2008, p. 27).

Nesse sentido a intervenção em saúde mental deve comprometer-se com a restituição do poder contratual e a (re) construção das redes sócio-relacionais dos sujeitos (SARACENO, 2001).

Assim, nesse sentido, na IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, foram ratificadas a criação, o fortalecimento, e a ampliação da rede de saúde mental e de ações articuladas de saúde mental na atenção básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Residências Terapêuticas, CAPS, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), leitos em hospitais regionais e gerais, destacando que essa rede deve atuar na lógica antimanicomial e interdisciplinar, integrada nas três esferas de governo (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS (BRASIL, 2011). É uma rede de saúde mental integrada e articulada nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas em sofrimento.

É importante que na discussão da categoria “articulação de redes” seja abordada essa portaria da RAPS, uma vez que ela traz que as pessoas que sofrem de transtorno mental de qualquer natureza, inclusive decorrentes do uso de substâncias psicoativas, devem receber assistência à sua saúde por quaisquer das portas de entrada: nas UBSs, nas equipes de ESF, nos CAPS e, quando se tratar de quadro agudo, também nas unidades de urgência/emergência, reforçando assim a ideia de um cuidado compartilhado, e também de que as pessoas ao terem “alta” dos CAPS, não ficaram descuidadas.

Apresenta como objetivos gerais:

Art. 3º, Portaria 3088/2011 - São objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial:

I - ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II - promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III - garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL, 2011, p. 3).

A questão das dificuldades dos processos de alta está relacionada, principalmente com a relação dessa gestão dos processos em rede, a seguir podemos ver falas que demonstram a dificuldade com relação às redes, necessárias para o processo de alta.

[...] nunca é fácil essa alta, porque pensar a alta é pensar em rede. A gente não pode pensar a alta do usuário sem pensar em uma rede de cuidados. Que ainda é uma rede

muito frágil assim. A questão da própria condição da pessoa que ela quando chega no CAPS, ela acaba se achando, no melhor sentido, se identificando com os pares, a própria condição que leva a elas ao adoecimento. Ele acaba tendo o sentimento de reconhecimento que na grande maioria das vezes ele não encontra lá fora. Então começa por aí essa dificuldade que é da pessoa poder pensar como é que ela vai levar isso, esse sentimento de pertencimento para outros espaços, que não tem esse mesmo segmento a essa diferença a segunda dificuldade é a questão da própria rede. Ela é uma rede ainda muito incipiente no sentido da circulação dos usuários pelos espaços de cuidado [....]. (Esmeralda).

Podemos observar através da fala acima que os usuários dos CAPS, quando entram para os serviços de saúde especializados encontram ‘iguais’ em suas diferenças, isso faz com que eles tenham, um sentimento de pertencimento ao serviço, e como busca-se romper com essa lógica é necessário uma circulação dos usuários nos outros pontos dessa rede necessária para todas as pessoas poderem viver saudavelmente, mas como aparece na fala de Esmeralda está rede ainda é incipiente, dificultando assim a segurança para transferir esse sujeito para outro espaço de cuidado.

Indo de encontro com que Esmeralda traz esta fala abaixo nos provoca a pensar que a dificuldade que se tem em relação à saída do CAPS se dá a partir dos vínculos criados com a instituição, e mais ainda com a dificuldade da transferência de cuidados para as UBS, onde são realizados na grande maioria das vezes os encaminhamentos. Essa foi uma das dificuldades observada enquanto estagiária, e depois no processo de construção do projeto de pesquisa, que é o fato dos usuários terem receio e medo dessa transferência para as UBS.

Está caminhando-se para um processo de construção de uma rede efetiva de cuidados, em que os processos de trabalho tornem-se resolutivos, mas entendo que há muito que avançar uma vez que temos falas que revelam que o cuidado nessa transferência se dá apenas na entrega das receitas para que possam adquirir os medicamentos.

Eu retirava a receita no CAPS, quando eu dei alta a Ametista chamou eu e meu irmão e explicou que ia dar o papel para que posso tirar a receita no postinho. (Agatá).

a minha TR conversou comigo para para dar alta.ai a Ametista e a Dra. Brilhante a Psiquiatra fizeram uma reunião no dia que eu sai e me deram um formulário para mim ir na UBS tirar a receita. (Opala).

[...]Não tive nenhuma dificuldade para pegar a receita[...]. (Turquesa).

Práticas de saúde que tem em suas rotinas somente a entrega de receitas compreendo como reduzidas, obviamente que entendo os limites que cada unidade básica de saúde deve ter, mas as intervenções em saúde mental devem promover novas possibilidades, modificando, qualificando e organizando as condições e modos de vida, orientando para a produção de vida e de saúde e não apenas a cura das doenças. A partir deste pressuposto, podemos acreditar que a vida pode e tem várias formas de ser vivida, experimentada e

percebida por si própria e pelos outros, onde o sujeito possui múltiplas dimensões, no que refere-se a desejos, anseios bem como também aos seus valores e escolhas (BRASIL, 2013).

[...] a dificuldade do usuário de ter vínculos fortes não querer dar continuidade ao tratamento, mesmo estando estável em outro lugar porque ele mantém os vínculos com nós tem vários outros aspectos positivos porque ele tem atividades aqui semanal, e ele não quer deixar isso[...]e outra dificuldade que também é uma dificuldade que é bem comum, acho que todos que é o relacionamento com os postos de saúde, que é uma dificuldade bem concreta a questão da receita da dificuldade de ir lá no posto, de ter que sair cedo, ir de madrugada, mas acho que isso tem melhorado bastante a gente tem as reuniões distritais e isso ajuda nesse vínculo nessa continuidade de tratamento. (Safira).

O CAPS e a UBS devem trabalhar juntos, ou seja, se corresponsabilizar pelo cuidado do usuário. Como foi visto muitas vezes a UBS precisa da ajuda do CAPS para seguir com o tratamento do usuário e vice-versa. É muito importante essa troca entre os profissionais de diferentes serviços, tendo como propósito e melhoria do quadro do sofrimento do sujeito.

O trabalho em rede constitui-se, hoje, um grande desafio para os profissionais da saúde. É fundamental que os profissionais aprendam a trabalhar junto com a rede, que pratiquem a troca de cuidado, pois o trabalho em rede sempre é vantajoso, o profissional consegue encaminhar melhor o usuário que está inserido na rede, pois um serviço depende do outro para dar continuidade no cuidado.

[...] sim dificuldades a gente tem e é pauta de discussão, agora a gente tem tanto o grupo condutor da saúde mental que eu participo e tem vários colegas aqui do CAPS que vão, tem um grupo que a gente tem hoje quinzenalmente na secretaria que tem pensado essa questão da alta, ou dessa possibilidade de retorno para o território de continuidade de tratamento, de cuidados que não só o CAPS, e a gente tem discutido muito isso porque a gente identifica muito a resistência dos usuários em função de ter de volta a chegada nas unidades básicas, a possibilidade desse cuidado compartilhado, do acesso a receita, do acesso a medicação, então a gente percebe que eles têm muita resistência a esta alta, falo entre aspas assim porque ainda se sentem inseguros e nós também temos essa dificuldade porque de uma certa forma a gente percebe que eles se sentem, de novo vou falar a questão de segurança porque enquanto ele está no serviço ele está assistido em todos esses aspectos [...]. (Topázio).

Ainda sobre a questão da dificuldade com a vinculação com as unidades de saúde, através da fala de Topázio notamos uma preocupação, e um entendimento por parte dos profissionais de que é necessário que de fato esses usuários sejam usuários da política de saúde. Nota-se que as discussões sobre essa corresponsabilização estão sendo vinculadas com a gestão do município, o que considera-se importante uma vez que convoca o cuidado desses sujeitos para ambas instâncias de cuidado, provocando assim os profissionais a desconstruírem a ideia de que lugar de pessoas com algum sofrimento psíquico é de CAPS,

assim também por sua vez da certa tranquilidade para o usuário que recebe alta do CAPS e para os profissionais e familiares na certeza de que este sujeito terá atendimento e cuidado.

Muitos ainda são os desafios para concretizar as políticas de saúde mental. Para que isso aconteça é necessário consolidar e expandir a rede de atenção básica, com preceitos de base comunitária e territorial, e ainda, é necessário que o entendimento dos profissionais que atuam na atenção básica esteja voltado para a ideia de saúde. Ainda se prevê que nos casos já instalados da doença/transtorno mental, a atenção básica busque reintegrar na comunidade as pessoas acometidas, que essas não sofram mais com a exclusão social (MOLINER; LOPES, 2013).

Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais sejam preparados a ouvirem e reconhecerem que a demanda em saúde mental vai além da doença/transtorno mental, pois requer um pensar e agir pautado na atenção psicossocial, e de uma comunicação efetiva entre os profissionais de saúde com os serviços de saúde mental. Portanto, desde 2003, o Ministério da Saúde, através do documento “Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e diálogo necessários” prioriza o apoio matricial como a forma de organização das ações de saúde mental junto à atenção básica social (MOLINER; LOPES, 2013).

“Para que ocorra a transição entre o serviço de saúde mental e a atenção básica é necessário que em primeiro lugar haja um diálogo entre as equipes” (GUEDES, 2015, p. 94). Na realidade do CAPS Escola, uma forma de ligação com a rede e principalmente com as unidades de saúde é através das reuniões distritais em que a cada quarta-feira do mês são chamados os profissionais dos serviços que fazem parte do território do CAPS Escola para fazer essa interlocução.

[...] a gente até tem uma meta em que esperamos que sim, que chegue o momento em que todas as UBS venham, mas a gente tem sim uma avaliação daquelas unidades que frequentam mensalmente o quanto flui melhor, o quanto a gente consegue fazer um trabalho integrado, diferente daquelas unidades em que tem a dificuldade de ter esse diálogo, essa aproximação, porque tanto eles trazem os casos para gente como também e como temos muitas unidades da zona rural, justamente são as que mais vêm a gente avalia também que pela distância eles tem a necessidade dessa aproximação, então eles têm uma frequência muito maior que as da zona urbana que estão mais próximas, mas o ideal seria assim que todos participassem que fosse um momento de troca de avaliação, mas nem todas participam, a gente já vem falando isso com a secretaria, com o gabinete da importância das unidades estarem presentes, não chega a ser um matriciamento mas de uma certa forma se faz isso também que já ajuda bastante, tem algumas unidades que a gente faz Visitas Domiciliares (VD) junto com o agente de saúde ou o enfermeiro, algum profissional que já conhece, até na zona rural mesmo tem distâncias que a gente nem encontra então o pessoal que trabalha lá que conhece e eles são superparceiros. (Topázio).

Uma forma de articular as redes pode ser também através das VD que é uma técnica

que exige um comprometimento ético do profissional, pois ele “entra” no espaço que não é seu, mas sim do outro, tem que despir-se de todos os seus preconceitos, entender que existem outras formas de viver que são diferentes das suas.

Segundo Carla Pacheco Teixeira em seu artigo: “Visita Domiciliar: um instrumento de intervenção”,

A visita domiciliar possibilita a aproximação do cotidiano dos usuários pelos profissionais que utilizam este instrumento, os quais podem observar as interações familiares, e a rede social em que aquele está inserido, o que favorece o entendimento do indivíduo em todos os aspectos a partir das causas sociais [...]. (TEIXEIRA, 2009, p. 163).

Sendo assim, a VD contribuiu para os profissionais dos CAPS, cumprirem um papel estratégico, identificando as necessidades reais da vida cotidiana daqueles usuários, e de suas respectivas famílias, tentando compreender o contexto familiar, as condições materiais.

Topázio em sua fala traz o quanto é necessário e importante essas reuniões para se garantir o cuidado integrado em saúde, podemos perceber que as unidades básicas que fazem parte da zona rural, as mais distantes há uma maior adesão e vinda dos profissionais nas reuniões que acontecem uma vez por mês. A vinda de todos os representantes das unidades e também porque não de outros serviços que fazem parte das redes de vida dos usuários eram para ser abrangidas nessas reuniões, mas mesmo que não seja uma totalidade de UBS consideram-se efetivas essas reuniões para corresponsabilizar as unidades no cuidado e também no sentido de orientar e refletir o papel de cada um, e do CAPS aproximar-se do território, uma vez que as unidades estão mais próximas com o espaço de vida desses sujeitos.

Percebe-se que na fala de Topázio ela traz “[...] não chega a ser um matriciamento, mas de certa forma se faz isso também” através disso a necessidade de esclarecer sobre o que é esse matriciamento na saúde mental, reforçando que nesse sentido ainda existe neste espaço de cuidado uma forma de pensar estratégias para que de fato seja realizado um matriciamento efetivo, mais do que reuniões mensais.

O apoio matricial faz parte de uma organização e complementa as equipes de referência, em que evidencia-se a importância de cada trabalhador e de um modelo de gestão democrático, relativo aos resultados para o usuário, deixando de lado a mera produção de procedimentos. “O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas.” (BRASIL, 2004, p. 13).

Campos (1999) faz uma observação abordando o apoio matricial como método de trabalho que modifica a noção tradicional existente que é a referência e contra-referência¹⁰, pois ele afirma que um paciente que se utiliza de um apoio matricial não deixará de ser “cliente” da equipe de referência. Nesse sentido, o trabalho é realizado através de projetos terapêuticos e efetuado também por um grupo mais abrangente de trabalhadores, não somente pela equipe de referência.

Esta organização amplia as possibilidades e composição interdisciplinar dos projetos terapêuticos, sem diluir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento. Por outro lado, permite aos trabalhadores combinarem de forma mais livre o trabalho necessário com espaços em que poderiam dedicar-se a desenvolver atividades mais de seu gosto particular. (CAMPOS, 1999, p. 397).

Esses encontros possuem o objetivo de debater os casos de saúde escolhidos pela própria equipe, com a finalidade de programar projetos terapêuticos determinando uma série de intervenções que serão realizadas pelos profissionais inseridos na equipe de referência.

De acordo com Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é um conjunto de estratégias que aumenta a capacidade do usuário de estabelecer trocas sociais e afetivas nos diversos cenários: em casa, no trabalho e no tecido social. Percebe-se que estas estratégias podem e devem ser realizadas por todos os componentes da Rede de Atenção Psicossocial.

Para que se pense a “alta” dos usuários temos antes de tudo que pensar na autonomia. Neste contexto, é possível pensar a autonomia do usuário como um dos objetivos a serem alcançados no CAPS, entendendo que o seu desenvolvimento ocorre a partir da ampliação dos espaços que proporcionam as trocas sociais dos usuários com novas redes de relações sociais.

Dejours (1994) ajuda a entender essa função do trabalho, quando ele se dá como uma construção da autonomia, dizendo que se este puder fundamentar-se na autonomia, possibilitando vivências de prazer, poderá ser gerador de sentimentos de gratificação, de realização, reconhecimento, liberdade e valorização.

Para isso os CAPS devem promover junto com os usuários não a inserção imediata desses no mundo do trabalho, mas para valorizar esta dimensão da vida. O trabalho como meio de inclusão social de pessoas portadoras de sofrimento mental se afirma enquanto um direito de cidadania, sendo necessário um aprofundamento sobre o papel do CAPS na articulação entre o serviço e a compreensão do trabalho, enquanto um direito e enquanto uma

¹⁰ É uma forma de organização dos serviços de saúde, que possibilita o acesso das pessoas que procuram cada Unidade de Saúde a todos os serviços existentes no Sistema Único de Saúde, visando à concretização dos princípios e diretrizes do SUS garantindo o acesso do usuário a todos os níveis de atendimento/complexidade do SUS. (DIAS, 2012, p. 24 apud ORTIGA, 2006).

proposta concreta de reabilitação social além do espaço físico do CAPS.

O trabalho para Dejours (1994) funciona como um operador fundamental na construção do sujeito, revelando-se como um mediador privilegiado entre o inconsciente e o consciente entre a ordem singular e a coletiva. Para ele o trabalho não é apenas um espaço aberto ao investimento subjetivo, é também um espaço de construção de sentido, da construção da identidade, como forma de continuar o processo de formação da história do sujeito.

Pensar o trabalho de reabilitação social pelo trabalho ainda é um dos processos difíceis, por conta de como vimos no item acima de toda a realidade do modo de produção capitalista contemporâneo, que exclui do mundo do trabalho as pessoas consideradas inaptas e/ou improdutivas junto ao mercado.

Mas essa realidade está sendo modificada, alguns dos usuários que já estavam em processo ou que já tinham dado “alta”, estavam inseridos no mundo do trabalho e suas falas estavam de encontro com que Dejours nos aponta de reconhecimento e valorização pessoal.

Para romper com as barreiras estigmatizantes é necessário a articulação com outras Políticas, foi através dessa articulação que muitos dos usuários que referi anteriormente estão trabalhando.

Com a intenção de fazer frente a esta lógica, programas de Inclusão Social pelo trabalho foram criados com o objetivo de contribuir para a reabilitação psicossocial e econômica da pessoa com transtorno mental, por meio de sua inserção em oficinas de Geração de Trabalho e Renda ou em grupos associativos, organizados de forma coletiva e participativa, formais ou informais, sendo regidos por diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e da Economia Solidária. Estes programas apoiam a inclusão social, o acesso ao trabalho e renda sob a égide dos direitos humanos, o incremento da autonomia e da emancipação do usuário, desenvolvimento da cooperação e da solidariedade, fortalecimento do coletivo e geração de alternativas concretas. (BRASIL, 2011, p 59).

Sabe-se que o modo de produção capitalista apresenta-se de forma competitiva e exige dos trabalhadores uma série de cobranças e flexibilizações, que também promovem a exclusão. No cenário do trabalho atual pouco permite-se e respeita variações e movimentos espontâneos, característicos da individualidade do ser humano, sendo que as organizações exigem posturas, comportamentos e ritmos, em uma constante tentativa de controle do tempo, dos corpos e das mentes dos trabalhadores (SANTIAGO, 2011).

Hirdes (2011) aponta que o acesso ao trabalho por pessoas portadoras de transtornos mentais ainda é o maior obstáculo à inserção social. A autora entende que, atualmente,

conflitos gerados pela competitividade e a geração de empregos provocam uma crescente exclusão do mercado de trabalho. Para que o trabalho possa permitir uma produção de sentido, de vida, de inclusão, de dignidade, de direito e de justiça, é necessário a composição de movimentos que promovam uma maior consciência e uma mudança no modo de compreender aqueles que se apresentam mais vulneráveis às condições sociais.

Com relação a questão de articular as redes pela via do trabalho, nota-se uma dificuldade por parte do serviço em fazer esse movimento a partir da fala de Ametista que nos traz que quando teve-se experiências assim foi por parte dos projetos que buscaram o CAPS, e não o CAPS ir de encontro.

[...] a gente tem algumas experiências, mas mais em função de nos procurarem do que a gente procurar, que foi por exemplo, o programa jovem aprendiz que teve bastante êxito dentro do projeto, tem uns que tiveram alta e estão trabalhando, tiveram outros que mesmo não ficando trabalhando puderam ter alta porque viram que eram capazes de estar em outros espaços, mas foram propostas vindas até nós, nós não buscamos[...]. (Ametista).

Analisando o que Ametista traz, identifica-se que essa via do trabalho ajuda na reabilitação psicossocial, na valorização do sujeito enquanto cidadão e para os usuários que estão em processo de alta considera-se mais um ponto importante na vida desse sujeito.

Também identifiquei essa questão quando uma das participantes da pesquisa teve alta e hoje trabalha, ela traz que “[...] o trabalho dela, a gente fez o currículo e foi largando e foi o que aconteceu, não foi a partir do CAPS [...]”. (Turmalina).

Nessa pesquisa um dos participantes é exemplo que o trabalho é significativo para o processo de alta, assim como o Reabilitação Trabalho e Arte (RETRATE). Uma das respostas à exclusão pelo mercado, por parte dos que não querem uma sociedade movida pela competição, é a proposta da Economia Solidária. Esta é compreendida como uma opção ética, política e ideológica, que torna-se prática quando os optantes encontram os de fato excluídos e juntos constroem empreendimentos produtivos, redes de trocas, instituições financeiras, escolas, entidades representativas, etc. (BRASIL, 2005).

Quando a Água Marinha teve alta, ficou dois ou três anos no RETRATE, que é na verdade um pouco diferente do CAPS, ele faz oficinas de renda para a pessoa trabalhar com isso, tem artesanato, cozinha, reciclagem. E tem as feiras em que eles vendem os produtos, tem suas banquinhas. (Turmalina).

Nessa perspectiva tem-se o RETRATE, um serviço ligado a Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal Saúde de Pelotas que atende usuários dos serviços de saúde

mental do município. Tem o objetivo de através de oficinas de geração de renda abrir espaço para que a produção artística e laboral do paciente portador de sofrimento psíquico chegue ao mercado. Através das feiras de Economia Solidária, no caso a Feira Bem da Terra, são comercializados os produtos.

Para além das redes formais, quando trabalha-se com a categoria articulação de redes temos que pensar que encontram-se as redes formais e informais, sendo:

A rede informal permite apoio em situações nas quais os serviços de saúde não podem estar presentes, como aquele vizinho que alerta uma crise, a mãe que auxilia no uso dos medicamentos. Na rede formal o sujeito terá apoio para suas necessidades específicas. De acordo com Laborda e Rodriguez (2005), são aquelas instituições destinadas a cobrir as necessidades de saúde que o usuário não consegue suprir sozinho. Fazem parte dessa rede os profissionais de saúde. Essas redes formais são as ONGs, associações, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda. Todas têm funções diferenciadas: apoio material, emocional, melhora da autoestima, educação e informação. (ALBUQUERQUE, 2013, p. 23).

É necessário que cada vez mais os cuidados em saúde mental sejam ampliados na rede, indo além dos pontos especializados de cuidado, para que assim de fato seja construída a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

As falas dos participantes demonstram essa questão:

É na verdade assim, existe a rede dura, a rede formal, dos serviços, da RAPS da Rede de Atenção Psicossocial, então as UBS, as oficinas terapêuticas da atenção básica, algum abrigo, alguns serviços de convivência, alguns ambulatorios, mas existem também outras redes que são as redes subjetivas, que são aquelas redes do sujeito que é onde é a coisa autoral, é muito personalizada de onde ele vai encontrar esteio para esse momento, buscar um espaço de pertencimento para essa transição de saída do CAPS, então procura se problematizar com a pessoa quais são esses lugares. (Esmeralda).

acho que tem umas redes é claro que são mais concretas e essas redes invisíveis é claro, acho que dentro das redes mais concretas tem o posto de saúde que ele vai lá com o encaminhamento em mãos, às vezes a gente liga diretamente para o posto a gente diz olha tal pessoa a gente está encaminhando para ir onde vai ter continuidade. (Safira).

Uma referência para a rede formal, em grande parte é a UBS, mas os profissionais trabalham na perspectiva como relatado no começo dessa discussão, que o trabalho em saúde mental se dá muito a partir do que os sujeitos trazem e assim os profissionais trabalham a partir dessas redes informais, invisíveis.

Ao pensar a gestão desses processos em rede e a reabilitação psicossocial nota-se outra questão que dificulta muito os processos de alta que é a questão do preconceito e o estigma com relação a loucura e o louco em nossa sociedade. Quando estamos falando em saúde

mental, loucura, ainda é muito forte a questão do desconhecimento, de como lidar, como operacionalizar as práticas e intervenções, tem muito receio por parte dos profissionais e da sociedade em relação a essas questões por conta de todo o preconceito ainda existente.

O estigma encontra-se muito atrelado ao status de periculosidade atribuída à pessoa com transtorno mental. Essa questão é problematizada de forma rica por Barros (2002) quando propõe “uma cisão na equação louco = perigoso; ao revelarem-se dimensões mais complexas, percebe-se que o louco pode ser e pode não ser perigoso e que esse aprisionamento termina por justificar (...) a exclusão, (...) a punição ao adoecimento” (BARROS, 2002, p 85).

Uma das interfaces mais prejudicadas em decorrência do preconceito são as relações de trabalho. “É necessário mudar a lógica: a incapacidade e a periculosidade são produções sociais e humanas; não são exclusivas de um determinado grupo (...). Os obstáculos para mudar os modos de pensar são os manicômios mentais” (FAGUNDES, 1992, p 36).

A lógica manicomial se expressa na sociedade, na família, nas relações que, ao inviabilizarem a participação dos usuários, acabam limitando-o a ocupar o espaço que socialmente lhe foi determinado, o de “incapaz”, de “perigoso”, manifestando “muros” que aprisionam através de atitudes, de preconceitos reproduzidos que habitam as subjetividades e, portanto necessitam ser desconstruídos, uma vez que não é só o espaço do CAPS que institucionaliza. (DUMMER, 2010, p. 86).

Quando problematizo sobre a “alta” dos usuários do CAPS temos que ficar atentos a essas questões do preconceito, pois é um atravessamento que influi diretamente nas intervenções, romper com a ideia do manicômio já tem dificuldades, pois temos em nossa sociedade a ideia de que lugar de louco é no hospício, preso, não perturbando a sociedade, e com o avanço da reforma psiquiátrica que busca romper essa ideia e mais pensar a saída desses usuários dos CAPS, que muitas vezes podem estar assumindo um papel do lugar dos loucos, causa um estranhamento.

[...] acho que a intolerância em relação a diferença, embora a gente se diz em uma sociedade mais aberta a diferença, na prática a gente não observa. Até pelo acirramento dessa questão do próprio capitalismo, da competição dos modos de trabalho.[...]. (Esmeralda).

Esmeralda aponta a questão do modo de produção capitalista, que produz uma competição, cria uma individualização, exclusão social e isso acaba por potencializar as formas de preconceito.

A exclusão social supõe discriminação, preconceito, abandono e negação de direitos. Ela expressa situações como o crescimento da violência, fragilização familiar, desemprego de longa duração, crescimento da população de rua e é também causadora de muitas situações

como a segregação, a não-equidade, a não-acessibilidade e muitas outras formas de discriminação

A sociedade capitalista com a lógica das desigualdades encontrou solo fértil naqueles considerados improdutivos por ter uma doença incurável, e que se manifestava perturbando a ordem e o mundo dos sãos. As instituições que foram produzidas para prestar cuidado e tratamento, “tiveram por demasiadas vezes a única função de proteger o são dos excessos e da periculosidade do louco” (BASAGLIA, 2005, p. 47).

O excluído “é aquele que é rejeitado para fora dos nossos espaços, dos nossos mercados materiais e/ou simbólicos, para fora dos nossos valores” (XIBERRAS, 1993, p. 22).

Assim o louco na sociedade capitalista torna-se excluído também na medida em que não é produtor de mais-valia, ou seja, o mesmo não é conveniente ao sistema burguês instalado e em vigor. O que temos é que a pessoa com sofrimento mental não produz na mesma lógica do capital, o processo de produção do mesmo diferencia-se do processo de acumulação que a ordem do capital impõe.

Entendo que a loucura é uma produção social e, de tal modo, há necessidade de uma mudança maior, envolvendo todos os sujeitos sociais, transformando a sociedade como um todo. A sociedade é classista, segrega e cria preconceitos, principalmente, para aqueles que vivem do trabalho, ou, ainda, aqueles trabalhadores que fazem parte do exército industrial de reserva.

Enquanto o estranho está a nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser incluído, sendo, até de uma espécie menos desejável – num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando seu efeito de descrédito é muito grande – algumas vezes ele também é considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem – e constitui uma discrepância específica entre a identidade social virtual e a identidade social real. (GOFMANN, 2008, p.12).

Muitas vezes acabamos por excluir os ditos diferentes por não sabermos compreendê-los, por medo, por eles receberem rótulos de preguiçosos, que não querem trabalhar, fingidos. E nessa constante produção de rótulos vamos fortalecendo os preconceitos e estigmas, que também trazem atributos que excluem.

A luta antimanicomial, todas as formas de construir coletivamente um novo modo de pensar a loucura, todo o processo de Reforma Psiquiátrica compõe um modo de cuidado, de

preocupar-se com o outro, é algo que não tem interesses individuais, mas sim coletivos, é uma maneira de cuidar daqueles que sofrem e de construir uma sociedade justa.

Leonardo Boff em sua obra “Saber cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra.”, traz o conceito de cuidado sendo:

Significa reconhecer o cuidado como modo de ser essencial (...). É uma maneira do próprio ser de estruturar-se (...). O cuidado entra na natureza e na constituição do humano (...). O ser humano é um ser de cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz eis a característica singular do ser humano. (BOFF, 1999, p.34).

Assim, o cuidado é algo que está presente na relação com os sujeitos envolvidos no contexto da Saúde Mental, é algo dos seres humanos, é de sua natureza, é inerente ao ser social, e no modo psicossocial o cuidado vem de modo peculiar, podemos dizer que é um cuidado diferente, pois envolve uma maneira peculiar no modo de fazer, de reinventar formas de cuidar, é um movimento vivo, constante, implicando um fazer junto, com equipe interdisciplinar, com um modo de pensar horizontalizado, rompendo com práticas que muitas vezes estão cristalizadas. É construir uma relação de afeto, com aqueles que estão envolvidos, é demonstrar e fazer exercício de alteridade.

Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros. A categoria cuidado recolhe todo esse modo de ser. Mostra como funcionamos enquanto seres humanos. Daí se evidencia que o dado originário não é o logos, a razão e as estruturas de compreensão, mas o pathos, o sentimento, a capacidade de simpatia e empatia, a dedicação, o cuidado e a comunhão com o diferente. Tudo começa com o sentimento. É o sentimento que nos faz sensíveis ao que está à volta, que nos faz gostar ou desgostar. É o sentimento que nos une as coisas que nos envolve com as pessoas. “É com o coração (sentimento) que se vê corretamente; o essencial é invisível aos olhos”. É o sentimento que torna pessoas, coisas e situações importantes para nós. Esse sentimento profundo, repetimos, se chama cuidado. (BOFF, 1999, p. 100).

O cuidado deve estar presente em qualquer serviço público, e nos CAPS percebo essa forma de cuidar, há uma preocupação com o outro, sim. São construídos os laços afetivos que Boff traz, esse sentimento existencial perpassa as relações, aqui também pode-se trazer que o cuidado, não se dá somente na relação dos profissionais com usuários, mas também, entre os próprios.

Cuidar não pode ser apenas realizar ações visando tratar a doença que se instala em um indivíduo. Ou seja, o cuidador não é somente um profissional especializado que executa um conjunto de ações técnicas. O sujeito não se reduz a uma doença ou a uma lesão que lhe causa sofrimento. Cuidar nos remete a um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro. (YASUI, 2007, p. 111).

Segundo Ballarin et.al em seu artigo “Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental” traz que:

Particularmente no campo da saúde mental, observou-se que o redirecionamento do modelo assistencial, com vista ao resgate da cidadania dos sujeitos em sofrimento psíquico, possibilitou a construção de novas práticas, sustentadas a partir do comprometimento, do compromisso e da implicação. Tais práticas pressupõem sem dúvida, que cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é na verdade, ser capaz de acolher, dialogar, produzir novas subjetividades, exercitar a capacidade crítica, transformar criativamente os modos de ver, sentir, pensar, já estabelecidos. (BALLARIN et.al,2009, p. 448)

Devemos compreender também o sentido do cuidado em sua totalidade, e principalmente em uma dimensão crítica. Para tanto, não podemos deslocar que o pensar o ato de cuidar em uma sociedade capitalista e entender todas as contradições que esse ato terá, “cuidado se interpenetra em rica tensão e contradição, podendo tanto aprisionar-se em tarefas mecanizadas e destituídas de autonomia, quanto irromper em dimensões e sublevações” (PIRES, 1998, p. 249). A autora entende que a

politicidade do cuidado diz respeito ao manejo da ajuda-poder, expresso pelo conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar que, em contextos sociohistóricos específicos, pode se constituir numa referência reordenadora de relações de domínio. (PIRES, 1998, p. 5).

Estamos inseridos em uma sociedade desigual e com isso as produções do cuidado se dão de forma desigual, devido a toda a corrente que este sistema impõe, que podemos dizer que é a desassistência e descuido.

Por “descuidar capitalista” entendemos a “integração” dos sujeitos a um processo de trabalho fragmentado e burocrático, com oferta do mínimo e para obtenção de lucro, ou o exercício da dominação, que considera “valor” a resignação. Essa integração pelo emprego ou serviço subordinados faz parte da estruturação da sociedade na própria sobrevivência do ser humano. (FALEIROS, 2013, p. 87).

Assim quando Faleiros (2013) traz o “descuidar capitalista” podemos associar um descuido por parte do Estado capitalista para com instituições, e nesse ponto temos vários elementos a serem problematizados. Sabe-se que a burocracia dificulta muitas vezes os processos de trabalho dos profissionais e também digamos que é uma estratégia perversa do Estado para que os sujeitos acabem por desistir de buscar seus direitos, pois com toda fragmentação que encontram-se as instituições estes acabam cansando e não exigindo do Estado o que significa não terem cuidado.

No ato de cuidar não se pode ter uma relação de dominação e com toda essa

fragmentação e burocratização as relações sociais se refletem também de forma relacional com a dominação presentes na sociedade que tem em sua estrutura uma relação e dominados e dominadores e isso acaba por ser reproduzido muitas vezes nas relações institucionais.

É importante a seguinte indagação, uma vez que é necessário que os profissionais tenham a tarefa de cuidar dos sujeitos que se encontram nas instituições, mas ao mesmo tempo como estes irão comprometer-se tamanha a exigência num contexto de descuido por parte desse Estado que está a favor do capital. Que estratégias esses trabalhadores que em nossa sociedade vendem sua força de trabalho, e no contexto atual estão também sofrendo com perda de direitos irão se fortalecer para serem cuidadores?

Essas indagações tornam-se importantes nessa categoria, uma vez que temos este compromisso enquanto discentes de um programa de Mestrado de Política Social, na medida em que devemos denunciar essas relações contraditórias entre Estado x Sociedade, e a falta de políticas públicas de cuidado, efetivas que garantam o cuidado de todos os atores sociais como um todo.

Apesar de todas as complexidades que os processos de reabilitação e de alta do CAPS apresentam existem também as facilidades nesse processo, até porque as “altas” já estão acontecendo, e assim através dos discursos apontados podemos perceber que através das dificuldades encontram-se as potencialidades para superação.

Algo apresentado por alguns dos profissionais, quando questionados sobre as facilidades dos processos de alta foi em relação ao fato de que hoje em dia o falar sobre a alta nos espaços já não está sendo um tabu.

Eu penso como pontos positivos assim, é que a gente está falando nisso em todos os espaços, eu vejo que os colegas falam, a gente tem falado [...] até quando a gente faz encontros com outros trabalhadores da rede a gente vê que outros serviços estão falando nisso, então a gente está se falando a gente está conversando com as unidades básicas, os outros serviços, com os familiares com o usuário. (Ametista).

[...] Então um pouco das facilidades é que a gente procura falar hoje, falar nas equipes, nos espaços com outros integrantes da RAPS da rede de atenção psicossocial para tentar diminuir essas dificuldades que ainda a gente encontra. (Topázio).

Olha! Facilidades poucas, eu diria assim que hoje está mais fácil para dar a alta, [...] Eu acho que hoje está mais fácil, vem se tendo uma problematização com a rede, no sentido desse pertencimento e atribuição que eu falava antes, eu acho que hoje está mais fácil, mas ainda tem muitas limitações [...]. (Esmeralda).

Se pensar a alta ocorre a partir das dimensões de reabilitação e de gestão em redes é imprescindível que tenha-se diálogo entre os profissionais dos CAPS, desses com os usuários, familiares, com os diversos pontos da rede de cuidados. Como trazem as falas podemos

refletir que há um tempo não se falava sobre o assunto, por desconhecer que esse era um processo possível, por receio do novo e de não saber operacionalizar esse processo.

Apesar de ser algo complexo e difícil de ser trabalhado o fato de estar havendo as trocas entre os serviços, profissionais e familiares sobre esse processo está trazendo uma ruptura com os modos que eram produzidos os cuidados nos próprios CAPS, faz as equipes refletirem e escutarem os usuários.

Ametista em sua fala acima diz que esse assunto já está sendo abordado nos encontros com trabalhadores da rede e essa é a observação que tenho, uma vez que nos diversos espaços de discussão sobre pensar a saúde/saúde mental, como conferências, rodas de conversas, encontros alusivos ao dia 18 de maio que é o Dia de Luta Antimanicomial tem uma discussão sobre a “alta”, pensar a RAPS, como enfrentar essa demanda. Um exemplo que trago sobre essa discussão em espaços coletivos foi a “1ª Mostra de Experiência na RAPS”, promovida pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Coordenação de Saúde Mental do Município, onde pode-se apresentar o trabalho sobre o “Grupo de Rede” e o “Grupo Los Lokos”, ambos pensados a partir das dificuldades dos processos de alta, assim a partir dessa troca de experiências os profissionais refletem e ressignificam suas práticas.

O diálogo com os usuários também é fundamental, não se pode pensar em trabalho de reabilitação psicossocial na lógica da reforma psiquiátrica sem a participação dos usuários e sem a relação de contratualidade com estes.

[...] a gente falar na alta desde quando ele chega no CAPS, no próprio acolhimento, no grupo de recepção, quando se faz o plano terapêutico, nos espaços, nas assembleias a gente sempre vai falando nos grupos, nas oficinas, não como uma coisa de ameaça olha tu entrou mas tu já vai sair, não até porque cada usuário vai ter seu tempo, não tem como a gente prever quando ele vai ter essa condição de voltar para o território para que ele compreenda que isso faz parte desse processo que é importante para ele que ele saiba. (Topázio).

[...] Quando o usuário chega no CAPS a gente fala para ele que ele vai ter alta, então está deixando de ser algo que a gente não sabe como falar para experiência, como um laboratório. (Ametista).

[...] hoje já se trabalha, a pessoa chegou a gente vai trabalhando com o grupo de um modo geral que o CAPS é passageiro é transitório, tem que servir para que cada pessoa possa se reabilitar, se fortalecer e estar na sociedade como multiplicador dessa proposta de ruptura do preconceito, de potencializar as suas habilidades de aprendizagem de dentro do CAPS que possam ser incorporados na sua vida pós CAPS, então a gente trabalha nessa perspectiva hoje com mais lucidez. (Cristal).

A partir da compreensão de que os Centros de Atenção Psicossocial CAPS devem funcionar como “locais de passagem”, Guljor (2003 apud PITTA, 1994, p. 649) afirma que o

processo dentro desses serviços deveria necessariamente almejar transformações na vida dos usuários para a sua saída da instituição, como pode ser verificado no trecho seguinte:

Pitta aborda a questão da ‘estrutura de passagem’ por um outro enfoque. A partir da concepção de Reabilitação Psicossocial, a autora ressalta a importância do caráter ‘não permanente’ desses dispositivos como uma das formas de evitar a institucionalização. Ou seja, não havia inicialmente a perspectiva de o CAPS ser um local definitivo para o tratamento do sujeito; o objetivo seria criar condições para a inserção deste em dispositivos de tratamento de cuidados menos intensivos. Deste modo, visava não a reproduzir a relação de dependência que ocorre no dispositivo asilar. A perspectiva de retorno ao convívio familiar e laborativo, ressalta a autora, é facilitada quando se considera aquele dispositivo como de passagem. (GULJOR, 2003, p. 71).

Percebe-se então, que ”, Guljor (2003 apud PITTA, 1994, p. 71) defende a ideia de que os serviços substitutivos deveriam objetivar uma diminuição progressiva do tratamento do usuário no CAPS. Parece também que esta diminuição estaria atrelada à vinculação do usuário a outro serviço menos intensivo.

Pensar a “alta” é perceber as capacidades dos usuários exercerem sua cidadania, o trabalho deve ser desde o início do tratamento, promovendo sempre junto com os atores envolvidos, processos emancipatórios, tendo como consequência a “alta” do serviço ou não, mas sim a emancipação para a vida, tendo autonomia e sendo protagonistas participantes e ativos em suas redes. Assim, ao problematizar a importância deste processo subentende-se que o profissional deverá trabalhar pela autonomia do sujeito, para que ele possa caminhar por si.

No sentido de trabalhar a cidadania e o poder que os usuários têm enquanto cidadãos de direitos e que exigem seus direitos, o CAPS conta e trabalha na sua rede de apoio e para os usuários com dois espaços que considero importante e que através das observações realizadas viu-se como uma estratégia para enfrentar a “alta” que é a oficina de produção de rádio e a Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental.

Respeitando os propósitos da Reforma Psiquiátrica existem diversas práticas de cuidado extra-caps, ou seja, um modelo de assistência que se volta para a promoção da cidadania ampliada, visando a um atendimento psicossocial. Assim dentro dessa lógica de desinstitucionalização, existem grupos de saúde mental extra-CAPS, que funcionam por meio de autogestão. Existe o programa de rádio Gente como à Gente, que é formado por usuários de todos os CAPS de Pelotas.

A vivência na produção do Programa de Rádio, bem como sua veiculação por uma emissora de rádio, proporciona ainda o resgate da cultura popular que evidencia-se através das escolhas do repertório musical, poética literária e receitas culinárias (caseiras e folclóricas). O

resgate cultural é fundamental na reconstrução e valorização da historicidade e da identidade individual e coletiva dos sujeitos, fatores imprescindíveis quando se trata de reabilitação psicossocial.

Considero a Associação dos Usuários e Familiares de Saúde Mental de Pelotas (ASSUMP), como outro espaço importante e que tem fortalecido a rede de apoio e mais do que isso, um espaço gerido pelos usuários, como um lugar de convivência, pois, reúnem na maioria das vezes semanalmente, técnicos, usuários e convidados com o objetivo de discutir, avaliar e propor encaminhamentos para o serviço. É neste espaço em que são problematizadas e levantadas sugestões sobre as atividades. Isso reforça o caráter de mudança do modelo assistencial no Brasil que propõe a participação do usuário enquanto protagonista nos processos que envolvem a saúde, através de sua inclusão na cogestão dos serviços que prestam assistência ao mesmo.

Quando se trabalha na perspectiva de que os CAPS são lugares de passagem, não está se negando que caso haja necessidade de um novo recolhimento que estes usuários não possam retornar, e isso já está acontecendo e foi apontado por alguns participantes da pesquisa como algo que está ajudando a trabalhar com os usuários do serviço sobre a alta.

[...] A gente tem tido muito sucesso sempre que surge esse assunto da alta nos serviços eu tenho tido a oportunidade de ter dito dentro das atividades que eu realizo alguém que retornou ao CAPS, porque as pessoas retornam, alguns momentos adoecem, para poder usar aquela pessoa como exemplo de que a qualquer momento, se houver uma piora ele vai poder voltar e ao voltar o tempo que vai passar aqui dentro vai ser muito menor que o anterior porque já tem a experiência da melhora, a experiência do cuidado, então eu tenho conseguido fazer essa relação assim com o usuário, mas ela é difícil porque ela é subjetiva, tanto para o profissional quanto para a pessoa. (Ametista).

Ametista apresenta que hoje esse assunto surge nos grupos e oficinas e tende a ser mais fácil de ser trabalhado através do exemplo das pessoas que em algum momento tiveram alta, e que por questões próprias da vida tiveram a necessidade de retornar e que como diz a participante por saberem como é o serviço já não tem tanta dificuldade.

Sobre esse aspecto ainda, Cristal corrobora com Ametista trazendo como um aspecto importante da “alta”.

[...] a alta também tem um aspecto importante a pessoa quando saiu do CAPS ele ingressou, retornou para suas atividades do cotidiano, tem que entender que se ela poderá voltar a qualquer momento e o CAPS poderá reacolher essa pessoa e prestar o auxílio que ela precisa, então é um processo que estabelece um vínculo forte e a pessoa retorna, mas o CAPS está aberto é um processo necessário. (Cristal).

Outro sujeito da pesquisa apontou essa questão, ele teve “alta”, mas teve que retornar para o serviço novamente, por um período bem menor que o da primeira vez como Ametista

apontou na fala acima.

[...] a gente quando volta já aceita com outros olhos que a gente tem que retornar a nossa vida fora, embora o vínculo, a gente quando sai a primeira vez, a gente acha assim que, não vai nunca mais poder voltar, que não vai conseguir voltar mais para ali, essa é a sensação, mas não é assim, não é verdade, está todo o nosso histórico lá guardado, e quando a gente precisa a gente pode voltar. E é bem recebido, bem tratado [...]. (Diamante).

Uma das dificuldades para o usuário na primeira vez que se tem a alta é em pensar que sua saída do serviço é para sempre, mas pelos relatos acima, desmistifica-se essa ideia, e pode tornar uma facilidade quando surge o assunto, servindo de exemplo como relata Ametista acima.

O CAPS está sempre aberto para quando nós precisamos conversar, eu achei uma época que ela, precisava voltar, mas a técnica conversou e vimos que não era o caso, mas sempre que preciso vamos lá conversar. (Turmalina).

Mesmo que o usuário não tenha a necessidade de retornar efetivamente para o CAPS, sempre que precisa ele pode voltar para conversar, encontrar suporte e apoio, e a escuta sensível do usuário e sua família.

Uma das facilidades e também das estratégias utilizadas para o enfrentamento devido à dificuldade histórica identificada nos processos de trabalho dos CAPS, que é a “alta” dos usuários do CAPS tem sido o grupo de rede.

[...] O que eu penso hoje como facilidade é que a gente vem tentando sempre amarrar essa questão com a rede. Aqui a gente já teve a experiência de grupo de rede, a gente vai tentando gradativamente esse processo de alta com os usuários que oferecem maior resistência [...]. (Topázio).

[...] O grupo de rede é voltado para aqueles que têm mais dificuldades de aceitar essa a questão do próprio desligamento do CAPS, então tem se usado essa estratégia assim. (Esmeralda).

A partir dessa questão, o grupo estimula a circulação dos seus participantes pela cidade, promovendo a desinstitucionalização a partir de processos emancipatórios e a identificação das diversas redes, formais e informais, que dão sustentação, significado e sentido a suas existências.

[...] em alguns casos a gente até tinha aqui no CAPS um grupo de alta que na verdade a gente não chamava assim até por causa do nome a gente chamava de grupo de rede que era pra ver quais redes a pessoa tem extra-CAPS, porque as pessoas não percebem [...]. (Safira).

Pensando estrategicamente para não ser um processo mais difícil para os usuários e também para os profissionais optou-se em não usar o nome do grupo que problematiza a alta de “grupo de alta” para não causar receio, e também com o intuito de desmistificar a ideia de que não se tem uma rede de apoio para que essa transferência para outro modo de cuidado aconteça.

Posso dizer que não achei fácil esse grupo, ele é bem “pesado”, tem um clima chato e tenso, pode ser por conta de ser o primeiro encontro, pela resistência da “alta”. Foi questionado para eles o que é esperado do grupo, poucos têm o entendimento que é para o fortalecimento das redes extra-CAPS, que é para repensar suas vidas. (Diário de campo dia 25/09/2014).

O grupo é formado por usuários identificados pela equipe entre os que já se encontram em condição de pensar a alta do CAPS é coordenado pela assistente social em conjunto com estagiários. Como traz uma usuária quando questionada sobre como entendia a alta diz: “Acho assim, que tem uma certa altura do tratamento que eles vão avaliando, observando e vendo que a gente já tem as “asinhãs” para ir alçando voo”. (Pérola).

Nos encontros semanais são utilizadas técnicas para a identificação das redes que tecem suas vivências, bem como o grau de importância e vinculação que essas possuem, sendo abordadas também questões relativas à própria rede de saúde da cidade, para garantir o suporte necessário à alta do serviço e a elaboração e problematização do seu processo de alta.

Particpei várias vezes, foi fácil eles explicavam como que é, a gente fez um mapa da rede, o que eu não sabia eu perguntava para a Esmeralda e ela me orientava. (Opala).

[...] Aí veio o grupo de rede, tinha o ecomapa que a gente colocava o que tinha de referência, e eu pensava o que eu vou fazer com isso aqui, eu não gostava porque eu sabia que ia ter alta, [...]. (Pérola).

Como podemos perceber nas falas acima existe uma referência por parte dos usuários do ecomapa ou mapa da rede, como referido em alguns encontros do grupo era utilizada a técnica do ecomapa que é

[...] um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. É, essencialmente, um diagrama dos contatos da família com pessoas, grupos ou instituições, como escolas, serviços de saúde e comunidades religiosas. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um

determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico [...]. (NASCIMENTO, 2005, p. 282).

No encontro em que participei enquanto estagiária de Serviço Social pude perceber que os usuários tinham certa dificuldade inicial para “colocar no papel” aquelas redes e laços que tinham em suas relações, mas nos encontros, pois como era dada uma atenção especial para cada sujeito do grupo e levava-se um tempo para ser produzido o ecomapa, todos puderam ver que apesar de acharem que não tinham outros lugares além do CAPS, existia outra rede de suporte fora dali.

Além da construção do ecomapa individual, nos encontros do Grupo de Rede foi construído um ecomapa grupal, onde o grupo coletivamente apontou aquelas redes comuns a todos os que ali pertenciam. Os encontros partiam das demandas dos participantes, tinha-se uma meta de assuntos a serem discutidos, porém se fosse demandado mais tempo de discussão ou surgisse algum outro, se colocava o assunto na roda de discussão.

Em um dos encontros foi abordada a questão da medicação, havia muitas dúvidas por parte de alguns usuários em relação para que os seus medicamentos servissem, qual a funcionalidade, e visto que é necessário que o usuários conheçam seu tratamento medicamentoso foi em um grupo uma das Enfermeiras do CAPS Escola (BERNDT, 2015).

observa-se a necessidade de orientação de usuários e familiares quanto à ação dos medicamentos, seus efeitos e forma de utilização. São comuns nos serviços de saúde mental os questionamentos em relação à terapia medicamentosa e é preciso preencher essa lacuna da desinformação para ampliar a efetividade dos tratamentos. (BRAGA, 2012, p. 2).

É importante cada usuário estar empoderado das informações sobre a medicação que tomam, para saberem pra que serve cada medicamento, até mesmo para que não depositem uma fé neles pensando que tudo passa com medicação.

Em um dos encontros convidou-se a presença de um familiar, aqui não reduzindo a concepção tradicional de família, cada um poderia levar quem tinha uma relação mais próxima, assim no dia do encontro com os familiares

foi perguntado para os familiares se eles sabiam porque eles foram convidados a participar, se sabiam o que era esse grupo e porque seus familiares estavam participando. Pelo modo como eles ficaram pareceu que não estavam entendendo realmente o que era o grupo e porque estavam ali, logo após esse primeiro momento foi explicado o que era o Grupo de Rede, porque esse nome e o que eles acham disso. Depois de esclarecidos os familiares contaram como estão percebendo o modo como cada um está ao longo do tratamento e após cada usuário contou para o grupo o projeto de vida pós-alta. (Diário de campo dia 16/04/15 quinta-feira).

Para que o tratamento aconteça efetivamente, é necessário que o serviço e a família estejam envolvidos no processo. Com certeza, o serviço tem que ser uma referência para o tratamento e possibilitar, por meio do projeto terapêutico, a remissão dos sintomas ou a estabilização de igual importância, para que o usuário possa estar inserido, na sociedade convivendo com outras pessoas, e, principalmente, com os seus nos espaços familiares. Todavia, também a família pode se fazer presente, participando e ajudando ativamente na reintegração da pessoa com sofrimento mental junto à sociedade e na promoção dos laços sociais.

Uma das intencionalidades do grupo de rede é motivar os usuários ao exercício da autonomia e emancipação, ao reconhecimento dos recursos sociais e comunitários que poderiam estar presentes ativamente na construção de redes territorializadas de apoio de serviços integrados a estes recursos sociais já existentes. Visto que o isolamento é um dos aspectos do adoecimento mental e que o trabalho no CAPS visa à reabilitação psicossocial esse serviço é um espaço transitório, logo necessário identificar outros recursos que possam servir de apoio de produção de saúde fora da lógica de saúde mental apenas.

O grupo é uma excelente ferramenta para problematizar e desmitificar o processo de “alta” dos usuários do serviço, uma vez que essa discussão não implica apenas os usuários individualmente, mas também as equipes de CAPS e a rede de saúde de Pelotas. Enquanto estagiária de Serviço Social acompanhei o grupo formado no ano de 2014 e que durou até 2015, alguns usuários que participaram desse grupo tiveram “alta” no final do encontro, mas nem todos.

[...] nesse grupo muito importante, um grupo essencial porque a pessoa junto com outras pessoas que estão naquele mesmo estágio possam também elaborar como vai ser esse processo, como vai ser a sua vida sem ter o CAPS pelo menos nessa relação direta com o usuário, porque ele sabe que ele vai ter o CAPS sempre que precisar se ele precisar, mas ele precisa elaborar também a ruptura desse vínculo afetivo, que é um vínculo forte, é uma característica do CAPS é uma potência do CAPS na minha leitura, quando a gente trabalha com saúde mental, com reabilitação psicossocial em liberdade a gente precisa ter necessariamente a capacidade de saber lidar com esses vínculos e o afeto e a similaridade de pensamento entre a pessoa que quer a liberdade e a equipe que quer cuidar em liberdade tem que estar em sintonia, então se estabelece um vínculo muito forte, muito potente e isso tem que ser muito elaborado e o grupo de alta é um grupo muito importante para elaborar isso ai, muito embora, dentro das oficinas hoje, a gente trabalha nessa perspectiva [...]. (Cristal).

Nos encontros que acompanhei foram trazidas as redes dos sujeitos, abordamos sobre a questão do preconceito com as diferenças, o papel que o CAPS teve na vida dos sujeitos, os vínculos criados e por isso a grande dificuldade que se tem de se fazer esse desligamento, foi problematizado se havia necessidade de se “desligar” dos amigos criados através do serviço,

pois as amizades ficariam e outras estratégias de encontros poderiam ser pensadas.

[...] depois do tempo que fui falando com outras pessoas, outras técnicas, eu fui entendendo, depois que eu tive alta eu mantive amizade com o pessoal todo e ai a gente fez o grupo que agora é Los Lokos, a gente manteve a amizade com o pessoal de antes, com novos que entraram depois e com isso não foi difícil, mas eu ainda sinto falta deles, assim para a saúde agora não mas para a amizade eu sinto falta [...]. (Pérola).

A partir da fala de Pérola trago a seguir no último ponto desse capítulo a experiência de outro grupo que a partir da dificuldade que tinha-se de ter alta, grupo este que foi apontado pelos participantes como uma potencialidade para o enfrentamento dos processos de alta e também de importância significativa para esta pesquisa, uma vez que os usuários participantes nas coletas dos dados foram os que tiveram alta do CAPS Escola e que fazem parte do grupo vocal “Los Lokos”.

3.3 GRUPO “LOS LOKOS”: ESTRATÉGIA E POTÊNCIA NESSE PROCESSO.

Neste ponto, em que chego ao momento de finalização do terceiro e último capítulo, me proponho fazer uma reflexão a partir de um grupo de música que se (re) significa a partir de uma estratégia de cuidado que buscou-se no processo dificultoso da “alta”.

Quando trago que este grupo se (re) significa a partir da “alta” é por conta de toda a história que este grupo musical tinha quando estavam ainda de fato vinculados ao serviço de saúde mental e que a partir da grande maioria de seus membros estarem em um processo de alta do serviço, ganha outro significado, uma nova função de referência, novas perspectivas, um novo nome até mesmo.

Para começar a contar como se dá esse processo de (re) significação do grupo trago o relato de Cristal quando questionado sobre as dificuldades e facilidades desse processo de alta, conta um pouco do processo desse grupo:

Agora essa pergunta tu fez para a pessoa que mais se deparou com essa questão. Vou te contar uma coisa e vou tentar ser breve, desses casos que eu te falei da pergunta anterior de pessoas que entraram no CAPS e que permaneceram por muito tempo eu tive a oportunidade de trabalhar com um grupo dentro do CAPS por muito tempo, por mais de uma década, mais de uma década é muito tempo é quase uma institucionalização das pessoas, mas são pessoas que tem uma intelectualidade preservada, uma boa condição de reabilitação e inserção na comunidade, mas enfim pelas circunstâncias do próprio serviço e dessas pessoas eu acompanhei elas por mais de uma década dentro deste CAPS. O que aconteceu? Essas pessoas tinham que ter alta do CAPS, e é claro eu ponderei um aspecto muito importante desse grupo, porque conviver com pessoas por dez anos ou pouco mais é muito tempo, muito embora os códigos de ética e normativas profissionais todas digam ah tu é um trabalhador, profissional que está ali para auxiliar a pessoa tecnicamente, etc, etc....

mas tu convive no cotidiano com a pessoa e estabelece vínculos emocionais e afetivos sim, não tem como dentro dessa perspectiva de tempo tão grandiosa tu dizer que é isento e imune a qualquer estabelecimento de vínculos, é impossível. E é claro que esse vínculo que eu estabeleci de certo modo fez eu querer esse grupo vendo algumas necessidades das pessoas o que por outro lado me impedia de ver a possibilidade e a potencialidade desse grupo ter uma alta, mas aí eu estou falando de um grupo ter uma alta e não uma pessoa, e então o que aconteceu nesse caso específico quando se foi discutir a alta dessas pessoas na equipe eu defendi o tempo inteiro que o grupo como um todo deveria ter essa alta já que se caracterizava um grupo com vínculos muito fortes e que depois de um bom tempo de diálogo e discussão, um ano mais ou menos, é muito tempo essas pessoas todas praticamente deram alta juntos, e teve uma razão especial para isso, porque no momento que essas pessoas tiveram alta elas puderam dar continuidade no projeto que foi construído por tanto tempo dentro do serviço que foi o grupo musical, e esse grupo musical se manteve mesmo após a alta e se mantém até hoje com uma autonomia das pessoas, nas suas próprias casas se revezam para fazer as atividades do grupo, não perdeu a característica de grupo, não perdeu os vínculos afetivos e de amizade que foram construídos dentro do serviço, mas se ganhou a autonomia das pessoas de decidirem as suas coisas, a sua musicalidade, o que vão fazer com este grupo aspectos inclusive financeiro, onde o grupo já fez apresentações remuneradas como um grupo profissional, quer dizer muitas coisas se ganhou e eu acho que o processo de resistência talvez, e aí quando tu fez essa pergunta eu digo que ela vem direto pra mim especial, neste caso ele teve uma importância porque ele proporcionou uma reflexão bem ampla bem grande para que não se perdesse e não fosse diluindo o aspecto coletivo que os fortalece até hoje. (Cristal).

Através da fala de Cristal podemos ter dimensão de tamanha complexidade que é o trabalho da alta, principalmente para os usuários que estavam, ou ainda estão em um serviço de saúde mental que é o CAPS por um longo período de tempo, e como traz na fala que estavam “vinculados” no sentido dos vínculos afetivos criados a partir de um grupo musical que se estendia para além dos muros do CAPS.

A alta do CAPS Escola ganha certa visibilidade quando a partir desse grupo começam a se pensar que os usuários já poderiam ter alta, uma vez que já tinham novos agenciamentos, novas tarefas, e que não necessitavam mais de um acompanhamento especializado, porém como dito eram anos de convivência, e como pensar a saída de alguns e não de outros? Como ficaria a produção de vida que era trazida pela música, e sem o espaço do CAPS não poderia se produzir esse cuidado? Com esses questionamentos é que faz com que a equipe passe a problematizar e buscar estratégias para pensar os processos de alta.

Percebo a dificuldade trazida principalmente em pensar a alta para os usuários desse e/ou de outros grupos em que os usuários já estavam a um longo período de tempo tende a ser muito mais difícil, pois pode-se dizer que muitos desses foram os primeiros usuários do serviço, e esse é o grande entrave, pois foi com eles e junto deles é que se começaram a produzir e pensar muitas das práticas de atenção em saúde mental, foi construindo-se o saber fazer do cuidado psicossocial, criou-se nesse espaço um forte vínculo, conforme já apresentado, era um jeito diferente e novo que se produzia e por isso quando os profissionais

relataram que hoje em dia já está se falando em “alta” mais abertamente foi porque a partir desses digamos “primeiros usuários do CAPS serem os primeiros a terem a “alta”, deixando claro que não entendo que o tempo de vinculação com o serviço seja termômetro para pensar a alta, mas que esse foi um fato que ocorreu principalmente por esse grupo. O próprio grupo de rede foi uma estratégia pensada para que a grande maioria desses usuários pudessem problematizar que a alta era um processo possível, pois algumas pessoas dessa oficina com o tempo puderam entrar em processo de alta do CAPS, mas a questão do processo de alta ainda tinha uma certa resistência por parte dos usuários. Apresentavam certa dificuldade de desligamento do serviço devido ao forte vínculo formado entre elas e com o serviço.

O Vínculo é uma relação que se estabelece entre os sujeitos, entre o sujeito e o mundo, através de duas forças fundamentais: o amor e o ódio (agressividade). É a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o outro ou outros, criando uma estrutura particular, uma estrutura singular a cada caso e a cada momento. Geralmente, as pessoas procuram aproximar-se de outras que, de alguma forma, tem alguma coisa parecida com elas. (PEREIRA, 2001, p. 306).

Como alternativa para manter o vínculo do grupo e ao mesmo tempo enfatizar os processos emancipatórios, surgiu à proposta de dar continuidade ao grupo, fora do espaço institucional criando um grupo de autogestão em música.

Como Cristal trouxe, esse grupo já existia por conta de uma oficina de música do CAPS Escola, o grupo de música “Felizarte”. Dummer em sua dissertação nos traz um pouco sobre a potencialidade desse grupo de música e relata que

O Grupo Felizarte do CAPS desenvolve, junto com os profissionais, um trabalho que aposta na criatividade de cada um dos integrantes. No que se refere à gestão de recursos, destaca-se também o empenho dos profissionais responsáveis por essa oficina para que, juntos, através de projetos obtenham recursos advindos das políticas públicas, para gravação de CDs e investimento em melhorias, como por exemplo, na compra de novos instrumentos. (DUMMER, 2010, p. 113).

Consolidou-se dentro da oficina de música do CAPS Escola, por um período de tempo aproximado de uns oito anos. Os usuários foram manifestando diversas habilidades para a prática musical e como consequência, apresentando surpreendente evolução o grupo ao longo do tempo realizou diversas apresentações públicas e nos meios de comunicação, bem como gravações de CDs e DVDs. Uma das tradicionais apresentações em que é gravado o DVD se dá na Feira Nacional do Doce de Pelotas (Fenadoce).

Pela música os usuários descobrem habilidades que estavam muitas vezes obscurecidas pelo adoecimento. Essa descoberta faz com que eles se apropriem da própria vida e possam se autogerir. É uma forma de resgate, contribui na relação do usuário com o

meio, promove seu bem-estar e atividade, também possibilita trabalhar ansiedades, tensões, desejos e alegrias. Possibilita o despertar do potencial criativo, impulsionando transformações que levam à modificação de padrões cristalizados, resgatando o fluxo vital e a saúde. É instrumento promotor de mudanças positivas nos aspectos físicos, mentais, sociais e cognitivos.

o grupo Los Lokos foi uma coisa que foi criada a partir da dificuldade que se teve, eles ficaram muito chocados, furiosos, boa parte deles não se dirigia mais a nós no começo, falaram que era uma coisa pessoal, eles custaram a aceitar que a alta é o processo que aqui é um período só. E esse grupo fez meio que, como a gente fala em alta para alguns a gente sempre cita o grupo Los Lokos, porque é essa coisa que a gente quer, eles também tem medo desse vínculo de amizade se perder, mas que eles podem levar para fora em várias instâncias, eles podem se encontrar em uma mateada, fazer um churrasco na casa de um e o grupo Los Lokos fazem tudo isso, eles comemoram aniversariantes do mês, eles fazem as excursões a gente já foi para o Uruguai, então eu acho bem interessante essa parte [...]. (Jade).

A fala de Jade reforça que a partir da dificuldade foi descoberta a potencialidade de se trabalhar a alta, observamos a resistência por parte dos usuários em ter alta quando trazem que eles ficaram chocados, furiosos, nota-se que através do processo de cuidado psicossocial que busca-se o protagonismo dos usuários estes mostraram-se contrários, em um primeiro momento, custando a aceitar a alta, algo que (re) significaria as suas vidas, esse grupo e essas pessoas são hoje em dia exemplos de que o cuidado em liberdade dá certo, que os processos de alta são possíveis.

O grupo vem se estruturando extra-CAPS e como grupo autogestionário desde Junho de 2014. Pereira (2001) aponta que:

A palavra autogestão vem do grego e do latim, autós= auto e gerére= gerenciar, administrar, ou seja, um sistema que autogerencia, que se engendra. Mas, o axioma fundamental da autogestão é a igualdade do direito e do desejo entre as pessoas. Dessa forma, crê-se na autonomia dos grupos e coletivos, calcada na participação, no saber, na experiência de cada ser humano que, tendo tudo isso somado às suas habilidades, se automantêm, se autodirigem, se autoadministram, se autocriticam (autoanálise) e estabelecem as leis tão necessárias para o êxito do empreendimento. A autogestão visa a transformação e não só a participação. Portanto, o trabalho autogestivo é acompanhado do prazer coletivo da criação, sem padrão e capataz que gozam sozinhos e narcisicamente. (PEREIRA, 2001, 185-186).

Considera-se um grupo autogestionário uma vez que quando estavam vinculados ao serviço, mesmo que respeitando as decisões do grupo estes ficavam restritos a instituição CAPS, ao se desvincular, estes membros agora passaram a decidir os seus caminhos, agenciar suas ações, fazerem suas escolhas próprias.

é um grupo que esta desvinculado do CAPS, era antes da oficina de música o Felizarte, agora é nós mesmos que organizamos as coisas, temos bastantes apresentações. (Turquesa).

[...] surgiu quando nós se desliguemos do CAPS, muitos tiveram alta aí a gente seguiu com o grupo fora do CAPS, antes era o grupo Felizarte. (Opala).

grupo Los Lokos que era o felizarte do CAPS, mas como a gente saiu agora a gente está separado do CAPS, a gente que coordena. O grupo decide no coletivo tudo. (Agatá).

[...] nesse grupo todo mundo pensa, todo mundo fala junto, briga junto, decidimos tudo todos juntos. (Turmalina).

Através dos relatos acima percebe-se que é coordenado pelos próprios participantes, evidenciando a potência do trabalho coletivo e da autogestão de um grupo. Como aborda Pereira trazendo que a autogestão visa a transformação e não só a participação e vem acompanhado do prazer coletivo isso é o que pode-se perceber estando próximo ao grupo “Los Lokos”.

Logo de início o grupo continuou encontrando-se no espaço do CAPS, logo após um pequeno período de tempo eles organizaram-se e passaram a se encontrar em um espaço cedido no Restaurante Popular, o qual é gerenciado pela ONG Gesto e que os membros firmaram uma parceria. Durante o período que o grupo estava realizando os ensaios no restaurante popular acompanhei continuamente, porém teve um momento em que a

ONG passou a ter uma casa própria, com isso, estes decidiram a passar as atividades para lá e dessa forma por termos aula e o local que estão se encontrando ser longe da faculdade tivemos que sair mais cedo e não pudemos acompanhar muitos dos ensaios. (Diário de campo Dia 09/04/2015).

Acompanhei depois desse período de estágio o grupo a “distância” via algumas das suas diversas apresentações, tinha notícias quando encontrava alguns membros, ou outros estagiários que vivenciaram essa experiência de grupo. A partir da entrada na coleta de dados me “reaproximei” e estou indo aos encontros que estão acontecendo na casa de uma das integrantes do grupo como relata Ágata.

Começou com o apoio da ONG Gesto que era onde a gente ensaiava, a gente acolhe os que têm alta, ou os que querem participar do grupo, o grupo está ensaiando na casa da Pérola. (Ágata).

É importante registrar que durante o período em que não participei mais próxima do grupo os encontros estavam acontecendo na casa de uma das membras do grupo que acabou falecendo, uma das usuárias protagonistas da construção e efetivação da Reforma psiquiátrica do município, “mentaleira” que exercia seu papel de cidadã, lutando e participando de espaços coletivos buscando a garantia dos direitos sociais.

A morte dessa usuária, não fez com que o grupo acabasse, por algum momento pensei que isso poderia ocorrer, uma vez que essa seria a segunda perda que o grupo teve, ainda quando era estagiário um dos membros que colaborava com o grupo também acabou falecendo e essas questões referentes a mortes provocam muitas vezes sentimentos de impotência e frustrações, mas como podemos perceber este é um grupo que apesar dos problemas cotidianos o grupo “Los Lokos” mobiliza as forças na produção de saúde, a energia que se forma faz com que os usuários se esqueçam dos próprios limites, pois é neste espaço que se agenciam suas forças saudáveis e criadoras da vida.

Já tendo uma desvinculação com o CAPS o grupo passou a ter uma identidade própria, hoje já não é mais conhecido como grupo Felizarte, pois esse faz parte do CAPS, sendo assim houve a necessidade de trocar o nome e eis que:

Em uma viagem de apresentação do grupo, o pessoal começou a comentar que a gente precisava trocar, teria que ter um nome que o grupo mesmo tivesse escolhido, pois agora não era mais o grupo de dentro do CAPS. A gente veio na viagem falando, fez uma lista de nomes aí depois na reunião seguinte a gente colocou tudo que era sugestão e começamos a escolher, a fazer a votação para o nome e aí surgiu esse. (Turmalina).

Acompanhei enquanto estagiária, essa viagem que foi para a cidade de Lajeado- RS, no evento “MusiCAPS”, que reuniu vários grupos vocais dos CAPS da região, e como este grupo Felizarte e o Vocal Esperança tem certo reconhecimento foi convidado a participar junto.

durante a viagem o grupo problematizou que deveria ter um outro nome, levantaram já várias ideias, como não foram todos os participantes vão abordar essa questão de troca no próximo encontro do grupo, acredito que novas mudanças virão para esse coletivo. (Diário de Campo 26/09/2014).

Ainda no espaço do restaurante popular os participantes discutiram em fazer a troca do nome, (re) significando aquele grupo, como diz Pérola, o outro, o Felizarte ficou no CAPS, assim eles agora são um novo grupo.

Assim antes a gente era do Felizarte no CAPS, uma maravilha fazia tão bem para mim, só que depois da alta a gente criou outro grupo e precisava dar outro nome porque o felizarte ficou no CAPS, e criamos o Los Lokos, e estamos por aí cantando. (Pérola).

Era o grupo Felizarte, eu gostava agora a gente é o grupo “Los Lokos”, que é fora do CAPS. (Água Marinha).

[...]- Sim a gente trocou, foi melhor trocar, teve uma votação, esse grupo faz parte da minha rede. (Opala).

Varias ideias de nomes foram surgindo ao longo dos dias, após o dia da viagem, colocaram em um papel todos e a votação democrática aconteceu e o grupo “Los Lokos” surgiu (BERNDT, 2015).

Nome sugestivo, que pode causar em um primeiro momento um estranhamento por parte de quem escuta, parafraseando o que sempre traz um de seus membros é o grupo “Los Lokos provocantes”,

[...] Esse grupo causa estranhamento por parte daqueles que desconhecem, e tem muita gente que não sabe nada da saúde mental, é para causar impacto mesmo esse nome, eu ainda falei que era para acrescentar mais uma palavrinha junto a esse nome, deveria se chamar “Los Lokos provocantes”, provocantes porque causa questionamento, quem são essas pessoas? De onde elas vêm? Para o pessoal se questionar, os estudantes, familiares, as autoridades [...]. (Diamante).

Esse nome vem de fato para trazer o impacto para a sociedade, fazer pensar sobre as loucuras, sobre o cuidado em saúde mental, nascido pelos ideais e princípios da reforma psiquiátrica é um grupo que fortalece o movimento de luta antimanicomial, é um grupo que resiste no sentido de existir meio a tanto descaso com as políticas de saúde mental, aos ditos loucos incapazes.

Um grupo como este desconstrói a ideia de que pessoas com algum sofrimento psíquico são largadas a sorte, que não são produtivas e capazes de fazer algo de valioso, coloca em outro lugar e ressalta a importância do trabalho no sentido da valorização do sujeito, de sua autonomia e valorizando o empoderamento de cada um.

Mesmo que o grupo muitas vezes esteja atravessado por conflitos, pois por ser um grupo microsociedade que está em um contexto macrosociedade, estes são trabalhados no grupo, e os problemas mesmo que não sejam superados, evidenciam que o processo da autoanálise é cotidiana e, ao serem encaminhados no coletivo tem a sua superação.

Todo o grupo tem vida própria, passa por diversas fases com esse não é diferente, percebo que este está no momento do grupo sujeito.

O grupo sujeito não conjuga o verbo “pedir”, mas “conquistar”, “adquirir espaço”. Evita qualquer tipo de dependência com a instituição, seja ela de ordem econômica, intelectual ou cultural. Tenta construir a experiência com as próprias mãos. Sabe de seu espaço e dos seus direitos, como também respeita o espaço da instituição. (PEREIRA, 2001, p. 296).

Hoje o grupo já teve diversas apresentações, muito mais que logo no início da (re)significação, pude notar isso ao reaproximar-me dos encontros, como relata uma participante da pesquisa.

A gente se apresenta na FENADOCE todos os anos gravamos nosso DVD lá, apresentamos na Universidade Federal, Católica, esses dias também fomos na

Faculdade Anhanguera, já se apresentamos na Feira do Livro em Capão do Leão, nos eventos sobre saúde mental da cidade, em Jaguarão fomos nos apresentar também. (Turmalina).

Como relata Turmalina às apresentações do grupo são muitas, quando apresentação se dá em espaços de formação como as Universidades e Faculdade, evidencia ainda mais o modo de cuidado de atenção psicossocial, que dá certo, pois acredito que muito do que se tem a construir começa nesses espaços, onde saíram os novos profissionais, que poderão ter suas aprendizagens a partir do modo de cuidado a partir da perspectiva da desinstitucionalização.

O grupo “Los Lokos está cada vez mais inusitado com sua agenda de apresentações, hoje se não bastassem os diversos espaços que eles se apresentam, foram cantar em um velório, repercutindo ainda mais, e levando a alegria da música no espaço de tristeza que é o velório. (Diário de Observação dia 23/10/2017).

Já diz o ditado: “Quem canta, seus males espanta” percebi que esse ditado se faz verdadeiro quando muitas vezes eu estava com alguns problemas e ia para essa oficina e/ou para o Grupo de Autogestão em Música e todas as mazelas que inquietavam-me se espantavam e podia perceber o que tem de bom na vida. Através do vínculo que tive a partir do estágio pude acompanhar durante um período de tempo a “passagem” desse grupo que vem da oficina de música, para se tornar um grupo autônomo (BERNDT, 2015).

Todos já se percebem com um grupo autônomo, buscando estratégias para seguir esse novo modo de produzir saúde, de fortalecer os vínculos criados e ocupar os diversos espaços da cidade que lhes pertencem.

Práticas coletivas, como as do grupo Los Lokos, mostram e demonstram que é possível construir um mundo melhor e que, para isso, é preciso resistir e conviver com as diferenças, plantando novas sementes como essa bela experiência.

Desse modo o grupo “Los Lokos” mostra que a alta do CAPS pode ser possível e trazer bons resultados demonstrando que o Movimento de Reforma Psiquiátrica, de combate à exclusão e de respeito ao exercício de cidadania da pessoa com sofrimentos psíquicos, não limita-se em construir apenas um novo espaço de cuidado denominado CAPS.

Uma potência importante que acontece junto com o grupo vocal é em relação à alteridade, algo importante em um grupo autogestionário.

Para compreendermos corretamente a categoria da Alteridade, não podemos considerar o outro como um segundo momento. Ao contrário, é preciso reconhecê-lo e situá-lo desde o primeiro momento, ou melhor, conceber um único momento que contenha uma real dualidade. Longe, pois, de estabelecer o ser humano independentemente da Alteridade – o que só é possível a uma abstração plenamente

consciente – devemos reconhecê-lo como relação com a Alteridade, ou seja, como o intermédio, a passagem entre os dois polos. (JOLIF, 1970, p. 165).

Trago essa observação sobre a importância da alteridade no cotidiano uma vez que com o reconhecimento da diferença e o exercício de empatia nas relações interpessoais entre os seres humanos é fundamental principalmente para os seres humanos que desejam viver em uma sociedade livre de opressão, e qualquer forma de aprisionamento, já que é imprescindível o exercício da alteridade para construir no cotidiano um mundo justo e solidário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas que sabem as soluções já dadas são mendigos permanentes. Pessoas que aprendem a inventar soluções novas são aquelas que abrem portas até então fechadas e descobrem novas trilhas. A questão não é saber uma solução já dada, mas ser capaz de aprender maneiras novas de sobreviver.

Rubem Alves

O presente trabalho teve por finalidade aprofundar o debate sobre a temática da Reforma Psiquiátrica, identificando as implicações da “alta” dos usuários do CAPS Escola, enquanto um processo de cuidado está trazendo para o movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas. A pretensão com este estudo foi descrever qual o entendimento que os atores envolvidos tem sobre a “alta” do CAPS Escola, descrever como ocorre o processo de “alta” desse CAPS da cidade de Pelotas, identificando os limites e possibilidades desse processo e quais serviços da rede intersetorial e de saúde existentes em Pelotas estão possibilitando o cuidado territorial.

O pressuposto do estudo era de que os processos de “alta” dos usuários do CAPS Escola – Pelotas têm se mostrado como um avanço no Movimento da Reforma Psiquiátrica da cidade, e demonstram a contribuição dos CAPS como um importante dispositivo dentro da RAPS, muito embora ainda haja que avançar no que diz respeito à RAPS, a partir das reflexões realizadas ao longo dos capítulos, é possível dizer que este se confirma, uma vez que o fato de se trabalhar perspectivas de “alta” está trabalhando-se de encontro com a desinstitucionalização. Cabe ressaltar também que apesar dessa ocorrência dos processos de saída do CAPS, muito deve ser trabalhado para o avanço dos limites encontrados nesse processo,

Os desafios enfrentados são muitos e vão se alargando a cada dia, porém, os avanços são visíveis. Ao longo do caminho trilhado pelos capítulos desse trabalho, busquei pautar sempre as reflexões na exposição da trajetória histórica, social, política e econômica que estão, intrinsecamente, ligadas à saúde mental, a reforma psiquiátrica e aos processos de “alta”.

Foi feito um resgate histórico para compreendermos que a definição de loucura o qual podemos avaliar que na maior parte do tempo foi uma forma de segregar os indivíduos que não produziam e escondê-los dos olhos da sociedade.

Quando a loucura passou a ser do domínio médico as formas de tratamento pareciam mais formas de tortura, os pacientes considerados loucos eram colocados em uma situação

onde sua vontade era completamente ignorada, e não possuíam quaisquer domínios sobre seu corpo, eram impostos tratamentos desumanos que apenas pioravam seu estado de saúde.

Com Philippe Pinel a loucura recebeu o estatuto de alienação mental e ele acreditava que o meio social causava os problemas de saúde, e passou a defender o isolamento do paciente. Mas, podemos observar hoje que o isolamento do paciente da sociedade é apenas mais uma forma de punição e possibilita uma piora no quadro do paciente.

O psiquiatra Franco Basaglia, em suas experiências como diretor nos hospitais de Gorizia e Trieste deu início à reforma psiquiátrica na Itália que refletiu em todo o mundo. Ele trouxe a ideia de, colocar o paciente como centro do tratamento e não a doença. Ele ainda realizou críticas ao capitalismo o qual propiciava o adoecimento da sociedade

No Brasil a reforma psiquiátrica ocorre juntamente com a reforma sanitária, e permanece até hoje em construção. Os dispositivos extra-hospitalares criados contribuíram de forma significativa possibilitando o fechamento de vários hospitais psiquiátricos em todo o Brasil.

A criação dos CAPS é uma das formas através das quais percebemos os avanços no campo da saúde mental. Mas até que ponto esses serviços estão sendo substitutivos de fato? Muitas vezes, os CAPS tendem a ficar fechados neles mesmos, portanto, torna-se difícil o processo de mudanças.

Essa concepção de cuidado em liberdade ainda não está clara para muitos, e esse processo de discernimento torna-se mais lento em nossa cidade pelo fato de ainda termos um Hospital Psiquiátrico. Enquanto existir essa outra forma de “cuidado”, a sociedade tende a não ter outra visão.

A reforma psiquiátrica desde Basaglia na Itália passou a reconhecer o sujeito como centro do tratamento, e todos os movimentos sociais que surgiram, as articulações dos usuários dos serviços, familiares de pacientes psiquiátricos e profissionais é para dar ênfase na ideia que loucura é algo tratável e que o paciente psiquiátrico tem poder e tem fala, só precisa descobrir isso em si.

É necessário considerar que os dados que foram produzidos são de um local específico, que é o CAPS Escola de Pelotas, e que sem a realização de uma investigação não podemos considerar que o processo de “alta” ocorre da mesma forma, com isso entende-se a importância da pesquisa em outros CAPS da cidade, ou até mesmo na RAPS, uma vez que os

cuidados devem ser em rede para que, assim, tenhamos dados que irão dar subsídios para os profissionais em suas intervenções.

É importante reconhecer o trabalho desenvolvido pelos profissionais que apesar das dificuldades encontradas no trabalho, que muitas vezes não é reconhecido e valorizado pela gestão, são profissionais envolvidos e militantes da luta antimanicomial. Os participantes da pesquisa, na grande maioria participaram e participam ativamente da construção e consolidação da Reforma Psiquiátrica em Pelotas.

Algo necessário de trazer nas considerações finais desse trabalho é que os participantes da pesquisa que fazem parte da categoria usuários, também são protagonistas dessa história na cidade, são “mentaleiros” ativos nessa luta. Também identificou-se que o processo de alta para este grupo foi dificultoso pelo forte vínculo criado entre eles e com os profissionais, estes foram um dos primeiros usuários do serviço, estando lá por grande período de tempo, com isso, é inegável o reconhecimento dos vínculos criados, ainda mais quando estamos falando de um novo modo e serviço de cuidado que reconhece a pessoa enquanto sujeito, colocando de fato a doença entre parênteses e trabalhando com a pessoa em sua singularidade.

Reconhece que tem que avançar no trabalho em rede, embora esteja-se avançando no cuidado compartilhado, é necessário que o CAPS saia mais para o território articulando-se mais com as redes intersetoriais, poucas foram às falas que apareceram essa articulação, apesar de alguns profissionais destacarem a necessidade de buscar as redes dos territórios dos usuários, uma vez que a vida acontece fora da instituição. Analisei que muitas vezes essa questão é complicada por conta do amplo território de abrangência, principalmente do CAPS Escola, pelo número reduzido de profissionais na equipe e pela demanda que o serviço apresenta.

Vale ressaltar, que a utilização da terminologia alta pode nos remeter a uma perspectiva biomédica de doença e cura, no entanto, não se trata de discutir o desligamento do usuário do serviço a partir da compreensão de que ele encontra-se curado. Através das análises das falas dos participantes foi possível compreender que apesar da realidade de Pelotas e do local da pesquisa, ainda utilizar-se dessa terminologia ela não é compreendida e trabalhada nessa perspectiva de cura da doença. A partir dessas análises pude perceber enquanto pesquisadora que é necessário deixar que os dados coletados nos revelem a realidade. Consegui ter um novo modo de compreender a terminologia, na medida em que

nesse cenário pesquisado o termo não é o problema no processo, e as práticas não são realizadas sob a lógica desse termo biomédico.

É através da vinculação do usuário em novas redes, de sua reinserção no contexto familiar, laboral, lazer entre outras esferas que o usuário poderá se desvincular do CAPS. É nesse sentido, que o CAPS passa a ser compreendido como um local de passagem, ou seja, um serviço em que os profissionais estabelecem uma perspectiva de assistência e cuidado ao usuário com vistas a incluí-lo nos vários contextos da sociedade.

Os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, teoricamente, buscam romper com essa lógica do modelo manicomial, porém, o deslocamento dos espaços de tratamento da loucura, do manicômio à rede de serviços substitutivos, dentre eles os CAPS, não nos impede de reproduzir a cultura manicomial nestes novos serviços. É com necessidade desse cuidado que a temática deste trabalho, a alta de usuários dos serviços substitutivos/CAPS na cidade de Pelotas torna-se relevante no sentido de promover reflexões quanto às práticas e objetivos dessa nova proposta oriunda da Reforma Psiquiátrica.

Devido às dificuldades apresentadas para a operacionalização desses processos de “alta”, estratégias foram e estão sendo encontradas ao longo dos processos de trabalho, a problematização em espaços coletivos é uma delas, o diálogo entre profissionais, usuários, familiares e gestores facilita no pensar de novas formas para serem trabalhadas, fortalecendo a rede de cuidados e fazendo uma reflexão que esse cuidado deve ser compartilhado.

O trabalho dentro dos serviços através de grupos também facilita nesse processo de reabilitação psicossocial, como vimos o grupo de rede é um exemplo de prática que facilita nesse cuidado.

O trabalho desde o início da inserção dos usuários no CAPS esclarece que é um lugar de passagem e que estes devem querer retomar sua autonomia e o poder de viver sua vida fora do serviço é importante também, bem como a luta e desconstrução da ideia que se tem de louco e do lugar da loucura na sociedade, romper as formas de preconceito e estigma nesse processo.

O trabalho de inserção dos usuários em espaços extra-CAPS é de relevância, uma vez que a questão do vínculo criado com as pessoas da instituição através desses espaços não é rompida. A (re) significação do grupo “Los Lokos” demonstra essa questão, acredita-se que é um espaço de grande representação para reforçar que os CAPS deram certo, e que é possível sim que estes não sejam espaços que as pessoas não possam sair, mas sim identificando como espaços de cuidado que fazem parte de uma rede de atenção de saúde e que devem estar abertos para as necessidades dos sujeitos. A partir desse grupo vocal, oriundo de uma oficina

do CAPS Escola ressalta-se que as formas de cuidado e os vínculos não foram rompidos, problematiza-se na sociedade o que é loucura, mostrando que aqueles ditos “loucos” são capazes de produzir vida e saúde. É um espaço potente que a partir da dificuldade que foi a saída do CAPS, vem contribuindo com a visibilidade que é possível ter processos de alta dos CAPS.

Espero que essas reflexões mereçam novas e mais profundas investigações, haja vista que construir novos sentidos para a “alta” dos usuários do CAPS é trabalhar o paradigma da desinstitucionalização no processo de reforma psiquiátrica. Uma vez que ao problematizar a “alta” estamos garantindo direitos dos usuários, direitos esses que, muitas vezes, são negados por conta de todo estigma e preconceitos que ainda temos em nossa sociedade em relação à loucura.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Renata Alves. **Cuidados ao usuário de crack e produção de subjetividades:** possibilidades de interlocução com a rede social de apoio / Renata Alves Albuquerque. 2013.
- AMARANTE, P. (Coord.) **Saúde mental, políticas e instituições:** programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2007.
- AMARANTE, P. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- AMARANTE, Paulo (coord). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial.** Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003d.
- AMARANTE, Paulo. **O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
- ANDRADE, A.P.M; ARGILES, C. T. L.; MATOS, D. G. SILVA, C. E. D.; . **Registros, Fatos, Escritos:** memórias e histórias da reforma psiquiátrica .1. ed.- Curitiba, Appris, 2016.
- Ballarin ML, Carvalho FB, Ferigato SH. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em saúde mental. O Mundo da Saúde São Paulo. 2009 Mar; 33(2): 218-224.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo.** Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 1977.
- BARROS, D.D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 171-195; 2002.
- BASAGLIA, F. **A Instituição Negada.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BASAGLIA, Franco. **A psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão o otimismo da prática. Conferências no Brasil. São Paulo: Monsanto, 1982.
- BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social:** fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2006. (Biblioteca Básica de Serviço Social; v.2).
- BERNDT, Dulce Pinheiro. **Diário de Campo de Estágio de Serviço Social realizado no CAPS Escola.** 2015.
- BERNDT, Dulce Pinheiro. **Relatório de Pesquisa-** O processo de “alta” dos usuários do CAPS Escola-Pelotas: Conhecendo essa realidade. 2015.

BERTOLETE, José Manuel. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: PITTA, Ana Maria Fernandes (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 155-8. (SaúdeLoucura, 10)

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BOFF, Leonardo. **Saber cuida: Ética do humano – compaixão pela terra.** Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de SM. **Saúde no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília, 2004.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. 56p.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada. Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular.** 2. Ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>. Acesso em 30/10/2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPE). Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004 / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. – 5. ed. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASILSaúde Mental no SUS. **Informativo de Saúde Mental**. Ano Vm nº 24. Brasília: MS, Nov/dez, 2006.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CACAPAVA, Juliana Reale; COLVERO, Luciana de Almeida; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. **A interface entre as políticas públicas de saúde mental e promoção da saúde**. SaudeSoc. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 446-455, Sept. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300009&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 05 de outubro de 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000300009>.

CAMPA, R. **A época das incertezas e as transformações do Estado contemporâneo**. São Paulo: Difel; Istituto Italiano di Cultura, 1985.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. Ciênc. saúde coletiva, vol.4, n.2, pp. 393-403. 1999.

CARVALHO, Rosymery Campos; ÁVILA, Gisele Bartz de; Anderson Tavares MEIRELES, COIMBRA, Valéria Cristina Christello. A reabilitação psicossocial através das atividades Extra-Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Revista Enfermagem UFPel, . V 2, p 284-290, 2012.

CEZAR, C. A., MIOTO, R. C. T., SCHUTZ, F. A Construção da Intersetorialidade em Saúde como Estratégia na Garantia de Direitos. In: 19ª Conferência Mundial de Serviço Social, Salvador, 2008. Anais...CD - ROM. ISBN 9788599447048.

COLOMBO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE SAÚDE MENTAL Município de Colombo. / Secretaria Municipal de Saúde. - - Paraná, 2011.

COSTA JF. **História da Psiquiatria no Brasil**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2007.

COSTA-ROSA A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unaesp, 2013.

DEJOURS, C.; Abdoucheli, E.; Jayet C.; STTOCO, M. I. (Coord.). A psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DESVIAT Manuel. **A Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz,1999. **desvio**. Tradução: José Gabriel Rego, Instituto Piaget, Lisboa, 1993.

DUMMER, Carin. **Práticas Profissionais Na Saúde Mental, Lógica Manicomial e Processos De Resistência uma Cartografia do Caps Escola de Pelotas**. Dissertação de Mestrado PPG em Política Social, Ucpel. Pelotas, 2010.

- FAGUNDES, S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. In: BEZERRA, B. & AMARANTE, P. Rio de Janeiro: Relumê- Dumará, 57-68; 1992.
- FALEIROS, V. P. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. Revista Katálisis, Florianópolis, v. 16, p. 83-91, 2013.
- FLEURY-TEIXEIRA, P. et. al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2.115-2.122, 2008.
- FONTE, Eliane Maria Monteiro. As sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASSOCIAÇÃO LATINOAMERICANA DE SOCIOLOGIA, XXVIII., Anais..., Recife, 2011.
- FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica** Ed. Perspectiva - SP, 1972.
- FURTADO, J. P., & Campos, R. O. . A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática dos novos serviços. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental. 2005
- GOFFMAN, Erving. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.
- GONÇALVES, Antonio Sérgio; GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, Isa Maria F. Rosa. Redes de proteção social. Abrigos em movimento. 2010.p. 11-20.
- GRIGOLO, Tania M. et al. O projeto terapêutico singular na clínica da atenção psicossocial. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v. 7, n. 15, p. 53-73, 2015.
- GUEDES, Ariane da Cruz. **Avaliação do processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul, Porto Alegre, 2014.
- GULJOR, Ana Paula Freitas. Os Centros de atenção psicossocial: um Estudo sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental, 2003. Dissertação (Mestre –Mestre em Saúde Pública - Área de concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) –Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br/>>. Acesso em: 24 ago. 2006.
- HEIDRICH, Andréa Valente. **Reforma psiquiátrica à brasileira** – análise sob a perspectiva da desinstitucionalização. Tese de doutorado, PPG em Serviço Social, PUC-RS. Porto Alegre: PUC, 2007.
- HIRDES, Alice. **A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão**. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 1, p. 297-305, Feb. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100036&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100036>.

HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial: dimensões teórico práticas do processo**. Erechim RS: EdIFAPES, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

JOLIF, L.-Y. **Compreender o homem**. São Paulo: Editora Herde & Editora da USP, 1970.

JUNQUEIRA, Luciano A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. Saúde & Sociedade [online]. Vol. 13, nº 1, p. 25 – 36. Jan/Abr, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em 05/10/16

KINOSHITA, Roberto T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial**. In: PITTA, Ana (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

LIBERATO, M. D. M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009.

LOBOSQUE, Ana M. **Clínica em movimento: por uma sociedade sem manicômios**. Rio de Janeiro: Garamond, 2003.

MACHADO, R. M. 1978. **A danação da norma**. Graal.

MINAYO, Maria Cecília de Souza **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 16ª ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MOLINER, Juliane de; LOPES, Stella M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. Saúde Soc. São Paulo, v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

MONDONI, Daniel; ROSA, Abílio da Costa. Reforma psiquiátrica e transição paradigmática no interior do estado de São Paulo. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 26, n. 1, p. 39-47, Mar. 2010 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000100006&lng=en&nrm=iso. access on 06 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722010000100006>.

MONTAÑO, Carlos. **Terceiro Setor e a Questão Social**. Crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2ª ed, São Paulo: Cortez, 2003.

NASCIMENTO, Lucila Castanheira; ROCHA, Semiramis Melani Melo; HAYES, Virginia Ellen. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 2, p. 280-286, June 2005 . Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200017&lng=en&nrm=iso. access on 24 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000200017>.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 694-702, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000400011&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452006000400011>.

OLIVEIRA, Alice Guimarães Bottaro de; CONCIANI, Marta Ester. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 319-331, Feb. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100038&lng=en&nrm=iso>. access on 06 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000100038>

ORTIGA, A. M. B. Estrutura e Dinâmica das Unidades de Saúde. Mimeo, 2006.
PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEIREIRA, William Cesar Castilho - **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática** – Belo Horizonte, Vozes: PUC Minas, 2001.
Pelbart, P. P. . **Da Clausura do Fora ao Fora da Clausura: loucura e desrazão**. São Paulo: Brasiliense. 1989

PEREIRA J F. **O que é Loucura**. São Paulo: Brasiliense; 1985.

PINHO, L. B.; et al. Desafios da prática em saúde mental na perspectiva do modo psicossocial: visão de profissionais de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 25-32, jan/mar. 2012.

PINTO, Diego Muniz et al . Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 493-502, Sept. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072011000300010>.

PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. **Concepções de cuidado emancipatório: limites e possibilidades para as práticas profissionais no contexto das políticas de saúde no Brasil**. In: Ser Social, UNB, departamento de Serviço Social. v. 1, n. 1, 1998, Brasília.

POSSAS, Cristina A .Saúde e trabalho – a crise da previdência social. Rio de Janeiro, Graal, 1981

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. Secretaria Municipal de Saúde, 2015.

ROSA, L. C. dos S. e FEITOSA, L. G. G. C. **Processo de Reestruturação da Reforma da Atenção em Saúde Mental no Brasil: avanços e desafios**. In: Revista Sociedade em Debate. Pelotas: 2008.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). *Psiquiatria*

sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

SANTOS, N. A. G. Do hospício a comunidade: políticas públicas de saúde mental. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Filosofia e Ciências Humanas, 1992.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro (RJ): TeCorá; 1999.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. 2a ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 13-18, 2001.

SELL, Carlos Eduardo. **Sociologia Clássica**. Vozes. 2007

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do Serviço Social**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 2014 (Biblioteca básica de Serviço Social; v 3).

TEIXEIRA, Carla Pacheco; GARCIA, Ionara Ferreira da Silva. Visita domiciliar: um instrumento de intervenção. **Revista Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 15, n. 1 p. 147-164, jan/mar. 2009.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 585-597, Sept. 2005. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 Sept. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300016>.

TEIXEIRA, S. F. (Org.). **Reforma sanitária em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

VARELA, Marília. **Políticas de Saúde**, 2013 Disponível em: <http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/14-42-10-apostiladepoliticadesaude.pdf> Acessado em 04 de novembro de 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.) **Saúde Mental e Serviço Social – o desafio da subjetividade e da interdisciplinariedade**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. **Abordagens Psicossociais, volume III: perspectivas para o serviço social/ Alexandra Seabra Eiras, Graziela Scheffer Machado, Lúcia dos Santos Rosa; Eduardo Mourão Vasconcelos (organizador)**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2009.

VECHI, L. G. (2003). **A primeira internação no discurso de agentes de saúde mental de hospital-dia: uma leitura institucional**. Dissertação de Mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo.

WETZEL, C. Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo. 2005. 290 p. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005

WILLRICH, Janaina Quinzen ; KANTORSKI, Luciane Prado ; KANTORSKI, Leonardo Prado ; CANTARELLI, Karen Jeanne ; FRANZMANN, Uiaser Thomas . O Caps Castelo No Processo De Estruturação Da Reforma Psiquiátrica Em Pelotas (1987-2002). *História da Enfermagem - Revista Eletrônica (HERE)* , v. 2, p. 77-94, 2011

XIBERRAS, Martine. **As Teorias da Exclusão - para uma construção do imaginário do desvio**. Tradução: José Gabriel Rego, Instituto Piaget, Lisboa, 1993, p. 18, 19, 22.

YASUI, S. (2007). **CAPS: Estratégia de produção de cuidados e de bons encontros**. In R. Pinheiro, A. P. Guljor, A. Gomes, & R. A. Mattos (Eds.), *Desinstitucionalização em saúde mental: Contribuições para estudos avaliativos* (pp. 155-167). Rio de Janeiro, RJ: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva.

YASUI, S., COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78, 79, 80, p. 27-37, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Levantamento de trabalhos sobre a “alta” dos usuários de CAPS

Titulo	Universidade	Tipo De Trabalho	Autor	Ano
A Organização Da Equipe Matricial Como Ferramenta Articuladora Da Rede Para Reabilitação Psicossocial	Ufpel	Dissertação	Vanessa Alvez Da Silva	2013
A reinserção social do usuário do centro de atenção psicossocial após alta	Universidade federal do rio grande do sul.	Tcc	cardozo, angélica rozisky	2009
Avaliação de boas práticas em saúde mental na atenção psicossocial	Usp	Tese	Milena hohmann antonacci	2015
Avaliação do processo de alta dos usuários de um centro de atenção psicossocial	Universidade federal do rio grande do sul	Tese	Ariane da cruz guedes	2015
Características do cuidado em saúde mental em um caps na perspectiva dos profissionais	Trab. Educ. Saúde, rio de janeiro, v. 9 n. 2 p. 265-276, jul./out.2011	Artigo	Fernanda barreto mielk et. Al	2011
Uma reflexão psicanalítica acerca dos caps: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos	Psicol. Usp vol.16 no. 4 são paulo 2005	Artigo	Alessandra monachesi ribeiro	2005
Sujeitos em crise: estratégias de intervenção De profissionais em centro de atenção Psicossocial – caps ii	Universidade federal Do espírito santo	Dissertação	Aléssia silva fontenelle	2010
Protocolo de saúde mental da cidade de colombo – PR	Secretária de saúde mental de colombo	Documento da prefeitura	Equipe técnica da sms	2011
O dispositivo alta nos centros de atenção	Universidade federal	Tese	pinheiro, frederico leão	2009

Loucura, vida cotidiana e organização	Do rio grande do norte			
As portas-de-saída de um capsí e suas implicações com a desinstitucionalização	Anais do XVI encontro nacional da abrapso	resumo	Renata de almeida veríssimo leite, et,al	
O fenômeno da cronificação nos centros de atenção psicossocial: um estudo de caso	Temas em psicologia – 2014, vol. 22, nº 4, 839-851	Artigo	Maria da graça silveira gomes da costa	2014
Alta e cura: os impasses desses conceitos a partir de uma equipe multidisciplinar	VII jornada de saúde mental e psicanálise puc pr	Resumo	Jeneson tavares da cruz	2012

APÊNDICE B- Roteiro de Entrevista- Profissionais

Questões norteadoras:

1. Quanto tempo você trabalhou no CAPS?
2. Como você entende o Movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas?
3. Como você entende a “alta”?
4. Existem dificuldades e facilidades com relação à “alta”? Quais?
5. Como ocorre o processo de “alta”?
6. Quais são as redes acionadas para os usuários que estão em processo de “alta”?

APÊNDICE C- Roteiro de Entrevista- Usuários

Questões norteadoras:

1. Quanto tempo você frequentou o CAPS?
2. Como você entende o Movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas?
3. Como você entende a “alta”?
4. Existem dificuldades e facilidades com relação à “alta”? Quais?
5. Como ocorreu seu processo de “alta”?
6. Quais são as redes que tens utilizado depois da saída do CAPS?

APÊNDICE D- Roteiro de Entrevista- Familiares

Questões norteadoras:

1. Quanto tempo seu familiar frequentou o CAPS?
2. Como você entende o Movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas?
3. Como você entende a “alta”?
4. Quais foram as dificuldades e facilidades com relação à “alta” de seu familiar?
5. Como ocorreu seu processo de “alta”?
6. Quais são as redes que seu familiar tem utilizado depois da saída do CAPS?

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado (a) e participar na pesquisa de campo intitulada “O processo de “alta” dos usuários do CAPS Escola: Análise das implicações para o movimento da Reforma Psiquiátrica em Pelotas.” Orientada pela Prof.^a Dr. Cristine Jaques Ribeiro a quem poderei contatar a qualquer momento que julgar necessário por meio do e-mail cristinejrib@gmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que em linhas gerais é identificar as implicações que a “alta” dos usuários do CAPS Escola, enquanto um processo de cuidado está trazendo para o movimento de Reforma Psiquiátrica em Pelotas. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas.

Fui informado(a) que não existem riscos reais ou potenciais quanto à minha participação na pesquisa, e que nenhum ônus recairá sobre essa participação. Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista, a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelos pesquisadores e pelo orientador (a).

Fui comunicado(a), também, que posso me retirar da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Pelotas, _____ de _____ de _____

Assinatura da participante

Assinatura do (a) pesquisador (a)
