

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DIREITOS HUMANOS E POLÍTICAS
PÚBLICAS**

BRUNA REUSE

**MALHAS DO CUIDADO:
Entrelaçamentos entre Direitos Humanos e Práticas de CAPS**

**São Leopoldo
2020**

BRUNA REUSE

MALHAS DO CUIDADO:

Entrelaçamentos entre Direitos Humanos e Práticas de CAPS

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Direitos Humanos e Políticas Públicas, pelo Curso de Especialização em Direitos Humanos e Políticas Públicas da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Maia

São Leopoldo

2020

RESUMO

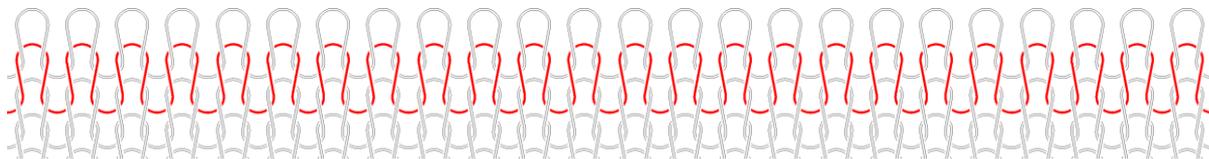
O campo das políticas públicas de saúde mental está historicamente envolvido com o campo dos direitos humanos, visto que a reforma psiquiátrica foi impulsionada também pelas graves violações de direitos que ocorriam no modelo manicomial. Todavia, esse histórico pode acabar sendo esquecido e as práticas podem distanciar-se dos princípios da Reforma Psiquiátrica. Diante disso, surge o desejo de pesquisar as ações de cuidado desenvolvidas em um CAPS I, e sua interlocução com os direitos humanos. Assim, o objetivo do presente estudo foi analisar o perfil da população usuária e as práticas de cuidado em saúde mental de um CAPS I, na perspectiva dos direitos humanos, tendo em vista o fortalecimento do serviço. Algumas demandas de pesquisa foram se constituindo no desenvolver do processo, e por isso a estratégia utilizada foi a pesquisa-ação, tendo em vista a necessidade de incluir a equipe no processo de análise dos dados e indicadores produzidos, fortalecendo a articulação entre teoria e prática. Foi realizado um levantamento documental a partir dos prontuários ativos do serviço e posteriores reuniões de análise, que possibilitaram a construção de sentidos para os indicadores. A partir da análise de conteúdo, foram construídas três categorias temáticas: “Construção de indicadores e planejamento: tecendo linhas de cuidado”, “Emaranhamentos e furos da rede: quando o cuidado escapa”, e “Linhas de captura: direitos esquecidos”. Na primeira, evidencia-se a demanda do serviço pela construção de indicadores e dados informatizados e observa-se a necessidade de pensar estratégias de planejamento. Na segunda, as discussões envolveram o olhar para alguns pontos da rede de cuidados, evidenciando-se dificuldades em relação aos emaranhamentos com a atenção básica. E, na terceira, explicitam-se os cuidados desenvolvidos no serviço e sua interlocução com os direitos humanos, chama a atenção a dificuldade em desenvolver práticas alinhadas à reinserção social, ao exercício da autonomia e cidadania, e a centralidade do uso de medicações e internações nas práticas cotidianas. Ao finalizar, apresentam-se algumas observações sobre a necessidade de pensar o planejamento e a gestão incluindo os usuários e familiares, como recurso que possibilita a construção do cuidado numa perspectiva dos direitos humanos.

Palavras-chave: Saúde mental. Direitos humanos. CAPS. Pesquisa-ação.

SUMÁRIO

1 PRIMEIROS LAÇOS.....	4
2 ENTRELACANDO TEORIA E PRÁTICA: ESCOLHA DA ESTRATÉGIA DE PESQUISA.....	7
2.1 Apresentando o ambiente de pesquisa: O Centro de Atenção Psicossocial I	12
3 PONTOS TEÓRICOS E LINHAS DE SUSTENTAÇÃO.....	14
3.1 Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos	14
3.2 CAPS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	19
3.3 Direito a ser ouvido e tratado como ser humano	21
3.4 Revisão de literatura: saúde mental e direitos humanos	24
4 PONTOS TRANÇADOS E TECIMENTOS.....	33
4.1 Primeiros pontos: reconhecendo a população e as práticas desenvolvidas	33
4.1.1 Dados etapa 1	33
4.1.2 Dados etapa 2	36
4.1.3 Dados etapa 3	41
4.2 Linhas e combinações de pontos: as reuniões de análise e a construção de sentido para os números.....	44
4.2.1 Construção de indicadores e planejamento: tecendo linhas de cuidado	45
4.2.2 Emaranhamentos e furos da rede: quando o cuidado escapa	47
4.2.3 Linhas de captura: direitos esquecidos	48
5 TECENDO BORDAS E AMARRAÇÕES	55
6 ACABAMENTOS: NORTEADORES PARA O FUTURO	73
REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DA ETAPA 1	81
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DA ETAPA 3	82
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA REUNIÃO DE ANÁLISE 1.....	83
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA REUNIÃO DE ANÁLISE 2.....	84
APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA.....	85

1 PRIMEIROS LAÇOS



Ao longo da presente escrita construo paralelos com o processo de confecção de uma malha, entendendo os aspectos simbólicos que esse processo remete, especialmente na sua complexidade e sua função. Assim como a confecção da malha se inicia por laços que se entrecruzam, abordo aqui o que seriam os primeiros laços da construção desta pesquisa. Nesse sentido, o presente trabalho aborda interlocuções possíveis entre cuidados em saúde mental e direitos humanos, tendo em vista os serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com ênfase nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um dos principais dispositivos da política de saúde mental. Tal tema emerge das minhas aproximações desse contexto, desde o período da formação em psicologia até o presente momento, envolvendo afetos e inquietações na construção do cuidado em saúde mental. Alio a isso, minha aproximação ao campo dos direitos humanos e atuação nas políticas públicas de saúde mental.

A necessidade de estudar este tema no atual momento envolve algumas percepções que construí ao longo do curso de pós-graduação em direitos humanos e políticas públicas, havendo a carência de disciplinas e discussões que versem sobre a saúde mental. Ao mesmo tempo, discussões sobre direitos humanos também são escassas nos serviços de saúde mental nos quais atuei, havendo, inclusive, questionamentos quanto à aproximação com os direitos humanos e maior envolvimento nos serviços de assistência social, restringindo o espaço dos direitos humanos às políticas de assistência.

Olhando alguns dados, ressalta-se que, conforme a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2018), um alto percentual de pessoas com transtorno mental não tem acesso a serviços de saúde e ficam sem tratamento, especialmente nos países de média e baixa renda, chegando a uma taxa de 76% a 86%. Nos países de alta renda, também há um grande grupo que fica sem tratamento, sendo de 35% a 50%. A OPAS ainda sinaliza outro problema que se refere à qualidade dos cuidados oferecidos aos que têm acesso ao tratamento. Destaca-se a necessidade de apoio dos serviços de saúde às pessoas com

transtornos mentais, bem como o suporte em cuidados sociais, incluindo o acesso a programas educativos e de emprego adaptados a sua condição, e a possibilidade de participação ativa na comunidade e território em que vivem. (OPAS, 2018).

Em consonância a esses dados, o portal de notícias Empresa Brasileira de Comunicação (EBC), expõe que, em 2013, no Brasil, o número de pessoas com transtorno mental chegava a 23 milhões, sendo que destes, até 5 milhões tinham transtornos graves. (EBC, 2013). A notícia também traz dados sobre o acesso aos serviços de saúde, apontando a substituição do modelo manicomial realizada pela Reforma Psiquiátrica. Com isso, observa-se a redução de leitos psiquiátricos, uma vez que, em 2002, havia 51.393 leitos, já em 2012 esse número passou para 29.958. Tal redução se deu acompanhada da ampliação da rede substitutiva aos serviços manicomiais, possibilitando a construção do cuidado em saúde mental no território, de modo que o sujeito não é retirado do seu contexto e internado por vários anos, muitas vezes nem voltando para sua casa. (EBC, 2013).

Destaca-se que esse modelo asilar de tratamento a pessoas com sofrimento psíquico foi hegemônico no Brasil durante muitos anos, antes da Reforma Psiquiátrica. No contexto manicomial muitos direitos eram violados, visto que as pessoas com transtornos mentais eram impedidas de ir e vir, por vezes eram internadas contra a vontade, não recebiam os cuidados básicos e condições adequadas para viver, as estratégias terapêuticas eram pobres ou nulas, destacando-se que o sujeito não era escutado, assim como sua autonomia e dignidade não eram respeitados. (ARBEX, 2013; DEL'OLMO; CERVI, 2017; LUCENA, 2015). A substituição a esse modelo se deu por meio da Reforma Psiquiátrica, tendo sido construídas várias políticas e programas, como a atenção básica, ambulatorios, unidades de acolhimento, e também os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que visam construir o cuidado em saúde mental de modo territorial, atendendo a pessoas em sofrimento psíquico grave, persistente e incapacitante, por meio de equipe multidisciplinar, agenciamentos na rede e inserção social. (LUCENA, 2015).

A Reforma Psiquiátrica constitui o movimento no qual se localizam as raízes das políticas de saúde mental pautadas nos direitos humanos. E, nesse contexto, destaca-se a construção dos CAPS com o objetivo de efetivar os direitos das pessoas em sofrimento psíquico intenso e as estratégias viabilizadoras de um cuidado integrado em rede. Isso evidencia a importância de atentar para os diálogos

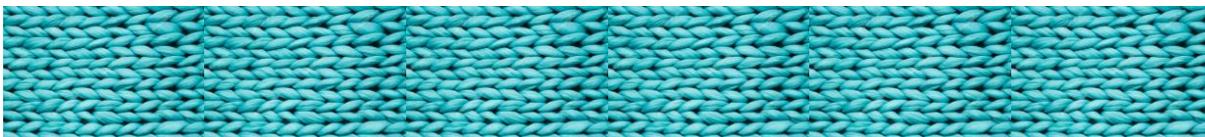
que se produzem acerca dos direitos humanos em CAPS, bem como a necessidade de olhar para as práticas e cuidados que se constroem nesses serviços, ressaltando sua articulação com o campo dos direitos humanos.

A partir do meu desejo de pesquisa e das demandas que se evidenciaram inicialmente no CAPS I, toma-se como problema de pesquisa a questão: como os indicadores referentes ao perfil da população usuária e às práticas de cuidado em saúde mental podem ser analisados na perspectiva dos direitos humanos?

O objetivo da pesquisa consiste em analisar o perfil da população usuária e as práticas de cuidado em saúde mental de um CAPS I, na perspectiva dos direitos humanos, tendo em vista o fortalecimento do serviço. Os objetivos específicos, por sua vez, são:

- Analisar o perfil da população do CAPS I;
- Analisar as práticas de cuidado em saúde mental implementadas junto à população usuária conforme os grupos saúde mental, infância e adolescência, dependência química;
- Construir perspectivas junto à equipe para o fortalecimento do serviço em interlocução com os direitos humanos a partir dos indicadores levantados.

2 ENTRELAÇANDO TEORIA E PRÁTICA: ESCOLHA DA ESTRATÉGIA DE PESQUISA



Como ponto inicial, descrevo aqui, de modo breve, as transformações que a presente pesquisa sofreu desde a sua concepção. A primeira ideia de investigação consistia em escutar usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. Todavia, com o surgimento da pandemia, foi necessário pensar em outra perspectiva, visto que o acesso por meios digitais dificultaria o estudo. Escolhi, então, debruçar-me sobre os prontuários, analisando os cuidados desenvolvidos e posteriores reflexões acerca dos Direitos Humanos. Tendo isso em vista, realizei uma conversa preliminar com a gestora do CAPS, expressando a possibilidade dessa pesquisa.

Surgia então outra questão: Como começar? Nesse sentido, percebemos a necessidade de olhar para dados que caracterizassem a população usuária do CAPS. No entanto, não havia dados informatizados, nem sobre a quantidade de usuários, nem dados sociodemográficos. Percebemos a demanda do serviço quanto a isso e realizamos o levantamento desses dados. Tal processo desencadeou também a necessidade de realizar interlocuções com a equipe acerca dessa demanda e do conhecimento sobre dados e indicadores do serviço. Dessa forma, fomos vislumbrando a possibilidade da pesquisa-ação como método. Como eu pouco conhecia sobre a metodologia, fui aproximando-me por meio de leituras, mas conheci a potência dessa modalidade de pesquisa ao executá-la.

A pesquisa-ação é realizada de modo cooperativo com os participantes ou contexto em que está inserida, vinculando o processo de pesquisa à realidade em que esta se constrói. Essa modalidade de pesquisa é qualitativa e aborda tanto dados empíricos, quanto a teoria e a participação dos sujeitos envolvidos, objetivando romper com a distância entre resultados produzidos e processos de mudança decorrentes. (CORRÊA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018). Conforme Thiollent (1986, p. 14),

a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os

participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Tendo isso em vista, entende-se que a pesquisa-ação tem objetivos que se alinham aos do presente estudo, uma vez que envolvem o desenvolvimento da capacidade dos atores envolvidos em refletir sobre a realidade estudada, e construir mudanças junto a possibilidade de solucionar ou esclarecer problemas que se apresentam no contexto. Ao mesmo tempo, a pesquisa-ação prevê a articulação à teoria, propiciando estudo e maior entendimento sobre a questão pesquisada. (CORRÊA; CAMPOS; ALMAGRO, 2018). Assim, a pesquisa-ação surge como possibilidade de expandir o modelo convencional de pesquisa, de modo que os dados possuem significação para transformações na prática, implicando os atores a pensar e implicarem-se no processo. (THIOLLENT, 1986). Esse aspecto tornou-se vivo na presente pesquisa, visto que, em vários momentos, profissionais da equipe faziam questionamentos de modo interessado sobre os dados, mesmo fora das reuniões de análise. Junto a isso, evidencia-se que o problema de pesquisa lançado por mim, enquanto pesquisadora, passou aos poucos a ser apropriado pela equipe nas discussões.

Destaca-se, ainda, que os dados não são entendidos como extratos que são retirados de determinado lócus, mas são organizados e apropriados pelos atores do serviço, de modo que são construídas significações que propiciam o aprimoramento e fortalecimento, nesse caso, da equipe de trabalho que atua no CAPS. Tal movimento fomentou o espaço reflexivo, aliando percepções dos profissionais da equipe a construções teóricas, entendidas aqui como recursos que favorecem a discussão, problematização e construção de ações que visam transformações. (THIOLLENT, 1986). Junto a isso, compreende-se a prerrogativa ética de uma pesquisa que integre resultados, discussões e possíveis transformações nas formas de pensar e atuar em políticas públicas de saúde mental em um CAPS I de modo articulado a afirmação dos direitos humanos, favorecendo ações de cuidado que sejam pautadas nessa perspectiva.

Alto a essas considerações as proposições de Thiollent (1986) acerca dos objetivos da pesquisa-ação, observando a relação entre dois objetivos principais: o objetivo de conhecimento, visando maior apropriação sobre os problemas ou situações; e o objetivo prático, que consiste no desenvolvimento de estratégias de solução ou ações visando a resolução de determinado problema. Na presente

pesquisa desenvolveu-se o objetivo relativo ao conhecimento nos momentos de discussão coletiva, olhando para os dados e suas possíveis significações e implicações para a prática do serviço, especialmente no que se refere à afirmação dos direitos humanos. Tendo isso em vista, evidencia-se novamente o entrelaçamento entre a teoria e a prática, pois a teoria ocupa um lugar importante, norteando a pesquisa em alguns momentos e nas reflexões acerca da prática. Da mesma forma, a teoria não pode ser vista longe da prática, considerando o objetivo de construir ações visando o problema em questão.

Nesta pesquisa, tal articulação se deu por meio do levantamento de dados sobre o serviço, discussões sobre tais dados e construção de ações a serem desenvolvidas. O primeiro passo consistiu na coleta dos dados por meio da técnica documental, tornando possível olhar para dados e indicadores sobre: quantidade de usuários com prontuários ativos, idade, sexo, tempo de acompanhamento, Diagnóstico conforme a Classificação Internacional de Doenças (CID), raça/cor, escolaridade, território, estado civil (APÊNDICE A). Tais dados foram levantados observando os grupos em que o serviço distribui os prontuários, sendo eles: saúde mental (abrange os usuários adultos em sofrimento psíquico intenso), dependência química (inclui os usuários que buscam o serviço por questões relativas ao uso/abuso de álcool e/ou outras drogas), e o grupo crianças e adolescentes. Nomeei esse processo de etapa 1 do levantamento documental, a qual foi realizada no período de julho a agosto de 2020. Os dados foram registrados em planilha de excel e posteriormente analisados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Após essa etapa, realizei nova conversa com a gestora, explicitando a possibilidade de um momento de diálogo com a equipe, o que foi prontamente aceito. Em uma reunião de equipe, expus novas questões sobre a pesquisa e o levantamento, convidando para o momento de análise desses dados. A equipe acolheu bem a proposta, mostrando-se motivada e entendendo a necessidade desse momento. Na semana seguinte, realizamos a primeira reunião de análise, que durou em torno de uma hora e meia, e agendou-se para a semana seguinte a continuidade, que também teve duração de uma hora e meia. Assim, a primeira reunião de análise foi dividida em parte 1 e parte 2.

A primeira reunião de análise constituiu-se em um momento bastante rico, e surgiram novas demandas para a continuidade do processo de levantamento

documental. As discussões motivaram a necessidade de indicadores acerca dos usuários que fazem acompanhamento apenas psiquiátrico e dos usuários que fazem acompanhamento integral no serviço. Essa questão relaciona-se ao fato de o serviço atender demandas da atenção básica, especialmente na parte da psiquiatria, visto que o psiquiatra que atende no serviço é o único no município. Para essa segunda etapa, a equipe disponibilizou um profissional para auxiliar no levantamento. Ao realizar esse processo, observou-se que muitos prontuários já não estavam mais ativos, visto que já não frequentavam o serviço há mais de 6 meses, conforme regra do serviço para o desligamento. Devido a isso, o levantamento incluiu a quantidade de prontuários de usuários que são atendidos apenas na parte psiquiátrica, a quantidade de prontuários atendidos integralmente no CAPS, e prontuários desligados. Após esse levantamento, compilei os dados sociodemográficos referentes aos pacientes atendidos integralmente no CAPS.

Tendo em vista o recorte da população atendida integralmente no CAPS, foi realizada a terceira etapa do levantamento documental, de modo amostral, tendo em vista os cuidados desenvolvidos no CAPS. A amostra consistiu em 10%, sendo escolhida conforme critérios de faixa etária, sexo e grupo (saúde mental, dependência química, crianças e adolescentes).

Nessa terceira etapa, foram levantados dados sobre: encaminhamento ao CAPS, uso de medicação, internações, interface com o judiciário, participação de oficinas e grupos, atendimentos individuais, acompanhamento familiar, visita domiciliar e interface com a rede (APÊNDICE B). Os dados da etapa 2 e da etapa 3 foram apresentados na segunda reunião de análise, que também foi dividida em dois momentos que tiveram duração de uma hora e meia cada um.

Para as reuniões de análise, realizei uma compilação de tabelas com os dados e organizei um roteiro para apresentação e análise (APÊNDICES C e D), considerando alguns aspectos teóricos que disparassem as discussões, mas com abertura para os diálogos emergentes do olhar da equipe. Cada reunião de análise desdobrou-se em discussões, análises sobre a prática e definição de ações. O registro das reuniões de análise se deu posteriormente, devido à impossibilidade de gravar ou filmar.

Os registros foram analisados a partir de inspirações sobre a análise de conteúdo, utilizando a análise temática para a construção de categorias. Conforme Moraes (1999), a análise de conteúdo pode ser aplicada para proceder-se a

interpretação de todo tipo de documento ou texto, possibilitando a sistematização e compreensão em nível não apenas superficial. Destaco aqui as considerações que o autor faz quanto à interpretação do pesquisador, considerado que “de certo modo a análise de conteúdo, é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados. Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura se constitui numa interpretação” (MORAES, 1999, p. 3). Entre as possibilidades de enfoques que a análise de conteúdo possibilita, escolhi aqui a análise temática, que se centra sobre a questão “para dizer o que?”, ou seja, enfoca as características informadas pela mensagem, as ideias e significados possíveis.

Tendo isso em vista, num primeiro momento, realizei a leitura flutuante dos registros, sem um foco específico. Após, realizei a leitura repetidamente, observando a enunciação de conteúdos similares ou que giravam em torno de um mesmo tema. Posteriormente, foi possível elencar as unidades temáticas e agrupá-las em categorias iniciais, que formaram as categorias intermediárias e finais.

De modo a facilitar a visualização do processo da pesquisa, construí o quadro abaixo que explicita as etapas e processos desenvolvidos.

Quadro 1 – Etapas do levantamento de dados e procedimentos de análise

Etapa	Dados levantados	Análise dos dados descritivos	Reunião de análise	Registro e análise
Etapa 1 População total	Levantamento de dados sociodemográficos e quantidade de prontuários	Análise dos dados documentais em SPSS	Reunião de análise 1 Discussões, ações e encaminhamentos	Registro descritivo posterior e análise de conteúdo
Etapa 2 População total	Levantamento de prontuários exclusivamente da psiquiatria, CAPS e desligados	Análise dos dados documentais em SPSS	Reunião de análise 2 Discussões, ações e encaminhamentos	Registro descritivo posterior e análise de conteúdo
Etapa 3 Amostra de 10% dos prontuários dos casos atendidos integralmente no CAPS	Dados sobre os cuidados desenvolvidos			

Fonte: elaborado pela autora.

Cabe ainda destacar que foi submetida carta de anuência (APÊNDICE E) à coordenadora, que autorizou a realização da pesquisa. Nesse momento, expus

questões sobre os cuidados éticos, como o sigilo quanto à identificação dos usuários, profissionais e município em que se realizou a pesquisa.

2.1 Apresentando o ambiente de pesquisa: O Centro de Atenção Psicossocial I

Dedico-me aqui a apresentar o CAPS I, no qual se desenvolveu a presente pesquisa, possibilitando a contextualização quanto aos aspectos sociais em que o serviço está inserido, bem como dados quanto ao início do funcionamento.

Este CAPS I situa-se em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, que possui, aproximadamente, 25 mil habitantes. O município em questão possui uma rede de serviços de saúde bem consolidada, incluindo dispositivos na Atenção Básica, como Estratégias de Saúde da Família (ESF), dispositivo hospitalar e pronto socorro. Possui também recursos na rede de assistência social, como Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS). Conta ainda com serviços de apoio e suporte educacional, constituindo assim a rede intersetorial.

Em 2008 foi inaugurado o Centro de Atenção Psicossocial do município. Sua abertura se deu a partir de um projeto local, que incluía outras atividades e diferentes setores, campanhas e pesquisas em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Inicialmente o CAPS funcionava junto à estrutura hospitalar da cidade e contava apenas com recursos municipais, pois a aprovação do projeto ainda não havia se concretizado até o final de 2009. Em maio de 2012, o serviço passou a funcionar em outra estrutura do município, descolando-se do contexto hospitalar.

Com o desenvolvimento do serviço, este foi se consolidando também como referência no atendimento para usuários de álcool e outras drogas, no ano de 2009. Chama a atenção que apesar de essa ser uma das prerrogativas da abrangência do CAPS I, essa demanda foi sendo construída dentro do serviço ao longo do tempo. Conforme aponta reportagem acessada no acervo, em 2009, uma das maiores dificuldades vivenciadas referia-se à insuficiência de clínicas para internações de usuários de álcool e outras drogas.

Outro aspecto que chama a atenção ao acessar o acervo do serviço refere-se ao desenvolvimento crescente das atividades desenvolvidas com o avanço do CAPS, especialmente a realização de oficinas, ações de reinserção social, cinema,

entre outras. Observa-se que tais ações foram documentadas de modo mais expressivo a partir de 2012, mas os registros encerram-se em 2015.

Desde minha inserção no serviço, no ano de 2019, observo a necessidade de atentar para as relações entre direitos humanos e saúde mental. Inicialmente, alguns questionamentos tensionaram essa relação, quando, ao me apresentar enquanto estudante de uma especialização em direitos humanos, um colega questiona porque não preferi atuar na área da assistência social. Nesse momento, passei a me questionar sobre a tácita relação da assistência social com direitos humanos, que por vezes, é colocada como o único setor no qual desenvolvem-se ações de direitos humanos.

Ao longo da minha inserção, outras vivências foram produzindo-me inquietações e reflexões acerca da relação do serviço com campo dos direitos humanos, especialmente no tocante aos cuidados desenvolvidos nas ações de saúde mental. Chamou-me a atenção a forma de organização do serviço de modo a dividir a população usuária em categorias: crianças e adolescentes, saúde mental (adultos), e dependentes químicos. Tais divisões foram se tornando evidentes também nos modos de pensar as ações de cuidado na prática cotidiana, fazendo-me refletir sobre qual diálogo se constrói entre as práticas e os direitos humanos nas ações de saúde mental. Tendo isso em vista, considere relevante incluir o olhar para as características das ações de cuidado desenvolvidas em cada grupo nesta pesquisa.

3 PONTOS TEÓRICOS E LINHAS DE SUSTENTAÇÃO



3.1 Reforma Psiquiátrica e Direitos Humanos

O movimento da Reforma Psiquiátrica se deu em paralelo à Reforma Sanitária no contexto brasileiro, e esta última culminou na instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), que se volta a todas as dimensões do cuidado em saúde. No que se refere à Reforma Psiquiátrica, esse processo pode ser olhado a partir de diferentes períodos, como bem explicita Nascimento (2018), que situa o primeiro período entre os anos de 1978 e 1987. Nesse momento, intensificam-se as denúncias de violações de direitos humanos nas internações e ganha força o movimento da luta antimanicomial. Até então, os cuidados em saúde mental restringiam-se, em grande parte, a internações, geralmente longas e em péssimas condições. Esse aspecto é retratado também na obra de Arbex (2013), em que a autora retoma o tratamento realizado em uma das maiores instituições de internação do Brasil, até a constituição de um modelo substitutivo. Nesse período o país passava pelo regime ditatorial, o que também foi um grande efervescente para a consolidação de movimentos e lutas que visavam transformações no cuidado em saúde mental. (CIRILO, 2015; EMERICH, 2012; PITTA, 2011).

O segundo período da Reforma Psiquiátrica pode ser demarcado entre 1987 e 2001, momento em que houve maior aproximação dos familiares e usuários, bem como a construção de serviços substitutivos, como os CAPS e os dispositivos no território. (NASCIMENTO, 2018). Observa-se também nesse período, o reordenamento político do país com a Constituição Federal de 1988, com ênfase nos direitos fundamentais e na democracia. Tais mudanças políticas alavancaram o processo de reforma das instituições de saúde mental, considerando o sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, assim como a saúde passa a ser entendida como direito de todo ser humano e dever do Estado. (LUCENA, 2015). Ainda nesse período, os cuidados em saúde mental já não eram mais pensados na dicotomia serviços hospitalares e extra-hospitalares, intensificando-se as discussões

sobre psiquiatrização do social e a participação da sociedade na construção e efetivação de políticas públicas de saúde mental. Destaca-se, ainda, a força do movimento da Luta Antimanicomial, que promoveu discussões acerca do lugar e significado da loucura na sociedade e, como marco importante dessa luta, ocorreu o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, quando foi construída a Carta sobre os Direitos dos Usuários e Familiares dos Serviços de Saúde Mental. (NASCIMENTO, 2018). Destaca-se que a Carta é um marco no que se refere ao protagonismo dos usuários na luta pelos seus direitos. A citação a seguir apresenta alguns direitos reivindicados e que são norteadores para as políticas de saúde mental.

Direitos sociais

A todos os usuários deve ser garantido o direito a uma vida plena em sua realidade psicológica, existencial, social e política.

A assistência à Saúde Mental é um direito de todo cidadão, independentemente de sua situação social, familiar e racial, e essa assistência não poderá em hipótese alguma justificar a violação de quaisquer direitos de cidadania.

Todos os usuários têm direito à liberdade, dignidade de ser tratado e ouvido como ser humano, com direitos civis, políticos e sociais garantidos pela constituição de seu país.

Não deverá haver discriminação e preconceito ao usuário no mercado de trabalho, em seus direitos trabalhistas e em instituições sociais em geral.

Todo usuário tem o direito de expressão; ser respeitado em seus credos religiosos, manifestações culturais e sexualidade

Nenhum usuário pode ser submetido à exploração econômica e sexual; ao abuso físico e moral; ou a qualquer comportamento humilhante. (CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993).

O terceiro período da Reforma Psiquiátrica situa-se entre 2001 e 2011. Destaca-se aqui a formulação de legislações tendo em vista o sujeito em sofrimento psíquico como sujeito de direitos, e visando à garantia da construção de uma política de saúde mental pautada na atenção psicossocial. É aprovada a lei 10.216, que se refere à progressiva extinção dos leitos em instituições psiquiátricas, reafirma os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e garante o acesso a serviços no território. (LUCENA, 2015; NASCIMENTO, 2018). Também entra em vigor a portaria 336/02 que institui as diferentes modalidades de CAPS (Infantil, Álcool e Drogas, e CAPS I, II e III). (NASCIMENTO, 2018).

Convém atentar que nesse período da Reforma, em âmbito internacional, também estava sendo julgado pela Corte Interamericana de Direitos Humanos o caso de Damião Ximenes versus a República Federativa do Brasil. A denúncia

referia-se à morte de Damião Ximenes Lopes e ao tratamento degradante e desumano a que foi submetido na internação psiquiátrica na Casa de Repouso Guarapes, instituição privada, mas que mantinha leitos financiados pelo sistema saúde pública. A internação ocorreu em 01 de outubro de 1999, e Damião faleceu três dias depois, na instituição. Houve violação do direito à vida, à integridade pessoal e dos direitos às garantias judiciais e à proteção judicial, visto que o caso permaneceu sem punição no Brasil. A Corte considerou o tratamento violento, com uso da força na internação; o laudo médico que ocultava os reais motivos do falecimento do paciente; e falhas no processo e investigação da morte de Damião. Com isso, argumenta que o Estado é responsável pelas condições e qualidade dos serviços de saúde mental, cabendo-lhe garantir o acesso de pessoas com deficiência mental aos serviços, de modo que se efetive atendimento com dignidade, visando a autonomia e eficácia, especialmente diante da vulnerabilidade que essas pessoas apresentam. A Corte considerou também as determinações da Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. A decisão final foi proferida em 04 de julho de 2006, tendo sido o Estado considerado violador dos direitos acima mencionados, condenado a pagar indenização em dinheiro aos familiares de Damião Ximenes, diante dos danos materiais e imateriais. Junto a isso, determinou-se como medida de satisfação e garantia de não-repetição, a obrigação do Estado em investigar os fatos que geraram violação no caso de Damião, publicar a sentença do caso e oferecer formação aos profissionais de saúde mental. Com isso, ressalta-se a repercussão que o caso de Damião Ximenes teve na Reforma Psiquiátrica, especialmente quanto à qualidade dos tratamentos e serviços em saúde mental enquanto dever de o Estado garantir de forma digna. (CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS [CIDH], 2006).

Conforme acentua Lucena (2015), é necessário considerar que o processo da Reforma Psiquiátrica não se encerra com a instituição de serviços substitutivos, fazendo-se necessária a constante construção e luta pela garantia e implementação do que dispõe a lei 8080/90, acerca do Sistema Único de Saúde. Apesar dos avanços, Nascimento (2018) destaca também que esse momento da Reforma Psiquiátrica é marcado pela desmobilização social e intensificação dos movimentos que se opõem à Reforma Psiquiátrica, relacionados ao avanços das políticas neoliberais e interesses da indústria farmacológica, cujas críticas baseiam-se nas

demandas em que a Reforma Psiquiátrica falha, como a reprodução de práticas manicomiais e a falta de cobertura de serviços de atenção psicossocial em todo território. Junto ao avanço das políticas neoliberais, cabe ressaltar também as privatizações, que implicam em prejuízos na possibilidade do controle social realizado pela sociedade civil e na efetivação de direitos sociais que deveriam ser garantidos pelo Estado. (NASCIMENTO, 2018).

O quarto período, como exposto por Nascimento (2018), teria iniciado em 2011, quando se destaca a instituição do programa “Crack, é possível vencer”. Tem vigência, então, uma série de medidas proibicionistas e com foco em práticas asilares como tratamento, especialmente as comunidades terapêuticas. Em consonância a isso, Lucena (2015) evidencia, a partir de entrevistas com usuários da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que as estratégias de enfrentamento ao adoecimento produzido pelo uso de substâncias psicoativas concentram-se no apelo às internações em Comunidades Terapêuticas, engendrando a exclusão social e o rótulo de periculosidade atribuído ao usuário. (LUCENA, 2015). Tais residenciais já foram alvos de inúmeras denúncias de violação de direitos humanos e não possuem tratamentos eficazes, baseados em parâmetros de saúde mental, muitas vezes pautando-se em práticas punitivas amparadas em recursos religiosos, sem nenhuma fundamentação técnica ou científica. (NASCIMENTO, 2018).

Corroborando a isso, o documento de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas acentua que a Reforma Psiquiátrica dedicou-se tardiamente a temática álcool e outras drogas, tendo outros campos se apropriado do cuidado a essa demanda. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2013). Desde 2011, amplificam-se os tratamentos baseados na abstinência e estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas, havendo entraves ao trabalho no território, passando-se a lançar mão de recursos como a internação como primeira alternativa. Cada vez mais o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas se afasta das políticas de Redução de Danos, que era a diretriz adotada pelo Ministério da Saúde desde 2004 e visava a autonomia do sujeito, bem como a possibilidade da construção do cuidado pautada na relação entre o profissional e o usuário no território. As práticas de Redução de Danos tem sido cada vez mais substituídas por estratégias que se aproximam do campo da segurança pública, colocando o usuário no lugar de perigo à ordem social. (NASCIMENTO, 2018).

Ao olhar para o percurso da Reforma Psiquiátrica até aqui, faz-se importante notar que esse processo envolve avanços e retrocessos, sendo necessárias lutas e resistências frente aos novos entraves que se colocam e demandas que requerem intervenções e dispositivos que sejam capazes de oferecer amparo e cuidado. Observa-se também que a Reforma não possui uma data fim, visto que está em constante movimento e construção. Conforme Lobosque (2011), evidenciam-se três aspectos que precisam ser cada vez mais abordados para a vitalidade da Reforma Psiquiátrica: o primeiro deles consiste no cuidado em rede, especialmente em relação à atenção à crise, visto que não apenas os Centros de Atenção Psicossocial podem lidar com essas situações, mas também outros dispositivos da rede, como as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ressaltando-se a importância da integração da atenção básica no cuidado em saúde mental, visto que consiste no espaço mais próximo do sujeito. Tal aspecto é corroborado por Lucena (2015), que evidencia, a partir da fala de usuários da Rede de Atenção Psicossocial, a centralidade do hospital na atenção à crise, sendo os recursos territoriais pouco referenciados nessas situações. Junto a isso, a autora ressalta a necessidade de incluir na rede outros espaços que não apenas os sanitários, mas também culturais e organizados pelos moradores do bairro, pois o cuidado em saúde mental passa pela criação de laços sociais. Outro ponto lançado por Lobosque (2011), consiste na necessidade de olhar para a formação dos profissionais, aproximando universidades ao campo da Reforma Psiquiátrica. Tal aspecto é discutido por Bezerra Junior (2011), que atenta para a formação tecnicista que pode acabar obnubilando a formação de sujeitos políticos, de modo que há profissionais que adentram o campo da saúde mental sem conhecer a história do movimento da Reforma Psiquiátrica. Um terceiro aspecto refere-se a Reforma Psiquiátrica e movimentos sociais, reforçando-se a necessidade da construção conjunta de usuários, profissionais e familiares na luta pelas políticas públicas, efetivando-se aí também o laço político e protagonismo. (LOBOSQUE, 2011).

Ressalta-se, também, a importância de, na atualidade, a Reforma Psiquiátrica retomar o olhar para os direitos humanos, a fim de manter sua vitalidade, e possibilitar a construção de políticas e estratégias que possam oferecer recursos aos novos desafios que se apresentam. Nesse sentido, convém atentar aos CAPS como espaço de efetivação de direitos e articulação do cuidado em rede. (EMERICH, 2012).

3.2 CAPS e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Os CAPS possuem diferentes modalidades, que variam conforme as demandas do município em que são instituídos. Constituem-se em serviços localizados no território, com equipe multidisciplinar, ofertando diferentes estratégias de cuidado a partir de um olhar interdisciplinar e do diálogo com outros pontos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS foi instituída com o objetivo de promover a proteção das pessoas mais vulneráveis, integrando diferentes níveis e serviços, como a atenção básica, serviços de atenção psicossocial estratégica (CAPS), urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2013). Dessa forma, busca-se efetivar o cuidado em saúde mental, em conformidade aos direitos humanos e de modo a garantir o acesso a serviços e ações com base territorial e comunitária. (LUCENA, 2015). Os CAPS, por sua vez, direcionam-se ao cuidado às pessoas em sofrimento psíquico intenso, o qual, muitas vezes, acarreta em prejuízos na funcionalidade e sociabilidade, oferecendo atenção a situações de crise e também de reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2004; 2015).

Sobre as modalidades de CAPS, encontram-se em 6 formatos: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD (Álcool e outras Drogas), CAPS AD III e CAPSi (voltado à infância e adolescência). No presente trabalho, dedico-me especialmente ao CAPS I, visto que é nesse âmbito que se desenvolve o percurso da pesquisa. Essa modalidade configura-se em municípios acima de 15 mil habitantes, e volta-se a todas as faixas etárias, atendendo a demandas de sofrimento psíquico intenso relativo a transtornos mentais graves, incluindo o atendimento a usuários de substâncias psicoativas. (BRASIL, 2004; 2015).

As práticas desses serviços incluem intervenções coletivas e individuais, voltadas ao usuário e aos familiares, podendo ser realizadas dentro do serviço ou no território. Algumas práticas são:

- a) acolhimentos – momento inicial de escuta e olhar para as demandas que se apresentam, visando a constituição de vínculo e/ou encaminhamento e articulação a outros serviços;
- b) atendimentos individuais – podem ser realizados por diferentes profissionais, visando a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS),

o qual é pensado a partir das necessidades do usuário, buscando compor estratégias de cuidado que tenham sentido de acordo com as vivências e experiências do sujeito, articulando ações no território, família e comunidade;

- c) atendimento em grupo – tem o objetivo de favorecer a troca de afetos, promoção de vínculos, autonomia e cidadania por meio das relações que se constroem;
- d) práticas corporais, expressivas e comunicativas – incluem práticas ligadas a percepção corporal, autoimagem, inserção social e cultural, relacionando-se também à autonomia;
- e) atenção às situações de crise: mediação de conflitos e manejo de crises em que o sujeito pode encontrar-se desorganizado;
- f) ações de redução de danos – intervenções que buscam minimizar os prejuízos biopsicossociais relativos ao uso de substâncias psicoativas, construído no território, a partir do olhar para a história e contexto do sujeito;
- g) visita domiciliar – objetiva a busca ativa quando se faz necessária, ou viabilizar a construção de vínculos por meio do território;
- h) matriciamento – caracteriza-se pelo apoio a unidades de saúde, hospitais ou outros serviços, por meio de discussões de casos, conteúdos técnicos relativos ao campo da saúde mental e coparticipação em intervenções;
- i) fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares – desenvolve-se por meio da participação em assembleias, conselhos e conferências, favorecendo a participação dos usuários na gestão das políticas e programas;
- j) atendimento para a família – refere-se ao acolhimento dos familiares, compartilhamento e apoio entre os familiares, bem como a construção de estratégias de manejo;
- k) articulação com a rede – envolve a construção do cuidado de modo partilhado entre diferentes setores, como educação, assistência social, justiça, entre outros. (BRASIL, 2015).

As diversas modalidades terapêuticas que se constroem nos CAPS adquirem uma valoração importante na vida dos usuários, possibilitando a construção de modos de lidar com o sofrimento que passam pelo olhar sobre si e também pelo

olhar do outro e para o outro. Junto a isso, salienta-se o reconhecimento do usuário não apenas pelo transtorno mentais, mas por suas habilidades e potencialidades que permitem a reinscrição no laço social. (CIRILO, 2015).

3.3 Direito a ser ouvido e tratado como ser humano

Conforme Cirilo (2015), as pessoas com transtornos mentais foram excluídas da sociedade e privadas de direitos e cidadania, tendo o modelo manicomial ensejado o encarceramento da loucura, dificultando a integração social e cultural. Também por isso, as práticas constitutivas dos CAPS precisam voltar-se a afirmação dos direitos humanos, buscando favorecer o exercício de autonomia e cidadania, por meio do poder contratual, de modo a garantir a inclusão do sujeito na cultura, mas também pensar intervenções voltadas à sociedade. Práticas que considerem os direitos humanos precisam estar em consonância com o exercício de autonomia do usuário, entendendo que este consiste na capacidade do sujeito de gerir suas próprias normas, a partir da relação com o outro, com os serviços e com a rede de apoio do usuário. (EMERICH, 2012). De acordo com Lucena (2015), assegurar o direito das pessoas em sofrimento psíquico a tratamento digno, em liberdade, no território, de modo integrado à convivência familiar, favorecendo a cidadania, efetiva o que preveem as legislações de saúde mental.

Conforme Emerich (2012), para que os direitos humanos se efetivem nas práticas dos CAPS não basta que os profissionais informem sobre tais direitos, ressaltando que a construção desse direito passa pelo diálogo, trocas, protagonismo do usuário e também pelas estratégias terapêuticas, como, por exemplo, a inclusão do sujeito na construção do Projeto Terapêutico Singular, e a participação em assembleias e conferências, de modo a dar voz ao usuário na gestão do cuidado. Em consonância a isso, o estudo de Cirilo (2015) apresenta que profissionais de CAPS referem que as práticas que afirmam direitos humanos consistem em divulgar os direitos, atuar em espaços fora do CAPS, como na comunidade, por exemplo, trabalhar com as famílias dos usuários, realizar parcerias com outros serviços e instituições, a fim de garantir acesso à educação, justiça, emprego (...) e criar associações em defesa dos direitos humanos. Junto a essas práticas, aparece também a importância da valorização dos profissionais e recursos adequados. Ainda segundo essa pesquisa, os direitos que mais foram citados pelos profissionais

referem-se aos direitos de segunda geração, observando a responsabilidade do Estado não apenas como não violador, mas também seu papel afirmativo na promoção dos direitos humanos, como o acesso à saúde, educação, trabalho, moradia, entre outros. (CIRILO, 2015).

Além das relações que se possibilitam a partir das práticas dentro dos CAPS, atenta-se para as práticas realizadas em parceria com a rede e outros dispositivos do território. Ressalta-se a participação da sociedade em uma nova forma de relacionar-se com a loucura, não mais encarcerando-a ou excluindo-a, mas pensando em formas de incluir as pessoas com transtornos mentais nas diferentes esferas sociais, como a cultura, educação, trabalho, de modo a romper com todas as formas de preconceito e discriminação, como propõe a Convenção Interamericana sobre a Eliminação de todas as formas de Discriminação contra Pessoas com Deficiência, que abarca também as pessoas com transtornos mentais. (CIRILO, 2015; PIOVESAN, 2018). Essa Convenção volta-se também aos direitos das pessoas com transtornos mentais ou em sofrimento psíquico grave e, conforme Piovesan (2018), ela surge como expressão do histórico de exclusão e tratamento degradante dirigido às pessoas com deficiência. Segundo a autora, pode-se dividir a história dos direitos humanos em relação às pessoas com deficiência em quatro fases: na primeira fase observa-se uma intolerância, sendo a deficiência considerada como um castigo divino e tais pessoas deveriam ser punidas ou excluídas da sociedade; na segunda fase, a deficiência é invisibilizada; já na terceira a deficiência passa a ser alvo da medicina enquanto doença a ser curada, eliminada; é somente na quarta fase que passa a vigorar o paradigma dos direitos humanos, em que a pessoa com deficiência deve ser incluída na sociedade de modo a promover-se a garantia e acesso aos direitos humanos, assumindo uma dimensão centrada não apenas no indivíduo, mas na sua relação com o meio, adquirindo especial importância a construção coletiva. (PIOVESAN, 2018).

Conforme a autora, são oito os princípios da Convenção:

a) respeito à dignidade, autonomia individual para fazer suas próprias escolhas e independência pessoal; b) não discriminação; c) plena e efetiva participação e inclusão social; d) respeito às diferenças e aceitação das pessoas com deficiência com parte da diversidade humana; e) igualdade de oportunidades; f) acessibilidade; g) igualdade entre homens e mulheres; h) respeito ao desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e respeito aos direitos destas crianças de preservar sua identidade. (PIOVESAN, 2018, p. 318/319).

Junto a isso, faz-se importante aqui evidenciar os principais direitos que a Convenção apresenta no que diz respeito de modo específico às pessoas com deficiência.

[...] destacam-se os direitos à vida, ao igual reconhecimento perante a lei, ao acesso à justiça, à liberdade, à segurança e à integridade pessoal, à liberdade de movimento, à nacionalidade, à liberdade de expressão e opinião, ao acesso à informação, ao respeito à privacidade, à mobilidade pessoal, à educação, à saúde, ao trabalho, à participação política, à participação na vida cultural, a não ser submetido à tortura ou a tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes, a não ser submetido à exploração, abuso ou violência. São, assim, consagrados direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais, na afirmação da perspectiva integral dos direitos humanos. (PIOVESAN, 2018, p. 319).

Destaca-se, ainda, que a Convenção explicita que as condições econômicas e sociais podem causar ou agravar a situação de deficiência (seja ela física, mental ou sensorial). Nesse sentido, existem outros fatores, como raça, gênero, classe social, opinião política, religião, que podem intensificar a situação de exclusão e discriminação vivenciada pela pessoa com deficiência. Diante disso, o papel dos Estados, conforme a Convenção, deve ser tanto no sentido de repressão da discriminação quanto no sentido de promoção da igualdade. (PIOVESAN, 2018).

Em diálogo com as disposições da Convenção, volto ao contexto das práticas de cuidado nos CAPS, uma vez que estas dirigem-se também para a reabilitação psicossocial, que consiste na retomada da funcionalidade e na reversão dos prejuízos que o adoecimento produziu. Para isso, é importante a possibilidade de haver trocas sociais e contratualidade, o que se dá também por meio de práticas coletivas, sociais e políticas, com engajamento de diferentes disciplinas. Destaca-se que o processo de reabilitação psicossocial não se dedica à normalização do sujeito, mas sim na criação de um lugar social para o sujeito em sofrimento psíquico. Dessa forma, faz-se necessário atentar para as reconfigurações que as práticas manicomiais adquirem quando os programas de saúde mental, comunidade e família buscam apenas a normalização do sujeito. Um exemplo disso se dá nas práticas de medicalização, nas quais agentes químicos são colocados como a única estratégia de cuidado, com o objetivo de normalização. Observa-se que tal conduta não contribui para a construção de espaços para a diversidade, expressão ou existência daquilo que não corresponde à norma. (LUCENA, 2015).

Lucena (2015) acentua também a impossibilidade de descolar a experiência de adoecimento mental às condições sociais, econômicas, culturais e políticas, visto que as pessoas com transtornos mentais sofrem diversos aviltamentos e precarização das condições de vida, havendo, inclusive maior dificuldade de acesso à direitos como educação, e também prejuízos no acesso a emprego, por exemplo. Atenta-se para o cuidado que deve ser dirigido aos familiares dos usuários dos CAPS, o qual deve ser construído de modo sensível, fugindo à captura da lógica culpabilizante da família. Convém olhar também para as situações de crise, que podem engendrar a exclusão do sujeito do laço social, atrelando-se a ele uma noção de periculosidade ou incapacidade, refletindo no isolamento social do portador de transtorno mental. Tendo isso em vista, a Reforma Psiquiátrica e, por conseguinte os serviços substitutivos como os CAPS, integram a comunidade e a família de modo a garantir a proteção social das pessoas em sofrimento psíquico. (LUCENA, 2015).

A seguir, apresento uma breve revisão de literatura, apontando os achados de artigos relativos à temática abordada na presente pesquisa.

3.4 Revisão de literatura: saúde mental e direitos humanos

Uma breve revisão de literatura foi realizada buscando artigos que versavam sobre direitos humanos e saúde mental. A busca desses artigos foi realizada no portal de periódicos CAPES, no mês de outubro de 2019, com os descritores “Saúde mental” AND “direitos humanos” e “Saúde mental” AND “direitos humanos” AND “Reforma psiquiátrica”, sendo utilizado o filtro de artigos publicados nos últimos 10 anos e em português. A busca foi atualizada em dezembro de 2020, utilizando os mesmos descritores e filtros. A maior parte dos artigos foi excluída por se tratar de estudos teóricos ou que não se aproximavam à temática em questão.

Foram selecionados 6 artigos que se relacionavam de modo mais específico à temática deste trabalho, uma vez que abordavam conteúdos sobre o cuidado em saúde mental e sua relação com os direitos humanos, em contextos de políticas públicas. Um desses aborda a voz dos usuários de Centros de Atenção Psicossocial, bem como familiares e também gestores e residentes de psiquiatria. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). Neste estudo evidenciam-se alguns pontos importantes para pensar a prática de saúde mental e sua relação com os direitos humanos.

Sob a perspectiva dos usuários, destaca-se que estes conhecem alguns direitos básicos, incluindo a recusa ao tratamento e o acesso à informação. Todavia, destaca-se que percebem a indisponibilidade dos profissionais e gestores do serviço em conversar sobre seus direitos. Junto a isso, evidencia-se que o Projeto Terapêutico Singular (PTS) acaba não considerando as singularidades e necessidades dos usuários, de modo que estes precisam adequar-se às atividades disponíveis no serviço e não o contrário, conforme proposto nas políticas que regulam os CAPS. Outro aspecto que se destaca é a incompreensão quanto ao que é escrito nos prontuários, de modo que tal linguagem é incompreensível aos usuários. O direito de solicitar uma cópia do seu prontuário é garantido, no entanto, o usuário não consegue compreender o que ali está escrito, devido à linguagem técnica, podendo-se refletir, então, acerca da real efetivação desse direito. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Já na percepção dos gestores dos CAPS deste estudo, os direitos incluem a universalidade de acesso, a integralidade do cuidado e o funcionamento comunitário do serviço. Os autores percebem que ainda há um hiato entre a informação dos direitos dos usuários e a efetivação desses direitos. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Em vários relatos e vivências, destaca-se o circuito que o acesso aos direitos básicos acaba produzindo. Aparecem aspectos como a dificuldade no acesso a outros serviços de saúde devido à condição de algum transtorno mental, quando profissionais reduzem ou rotulam o usuário, não olhando para sua condição física real. Destaca-se também o circuito excludente que a doença mental produz em função do benefício de auxílio doença, visto que para receber o benefício o sujeito precisa ser diagnosticado, todavia, este mesmo diagnóstico dificulta o retorno a mercado de trabalho após o período em que foi recebido o benefício. Da mesma forma, para receber determinada medicação, o usuário precisa ter diagnóstico de esquizofrenia, o qual é realizado mesmo que o sujeito não tenha este transtorno, mas necessite da medicação em questão. Com isso, o usuário passa a receber um diagnóstico que traz vários estigmas e preconceitos. Desse modo, o que se percebe é que o usuário tem acesso a direitos sociais, porém tal acesso acaba produzindo estigmatizações que prejudicam a garantia de outros direitos, como a dignidade humana e a autonomia, por exemplo. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Outro eixo deste estudo aborda as práticas totais dos CAPS, evidenciando o controle que a instituição exerce sobre o sujeito em dois polos: a infantilização e a desresponsabilização, uma vez que em ambos os polos é a instituição que fala pelo usuário. Nesse sentido, os autores abordam práticas totais que desconsideram a singularidade e o protagonismo dos usuários, exercendo práticas autoritárias que condicionam os sujeitos às regras impostas. Tais práticas fogem ao que é preconizado na reforma psiquiátrica e nos serviços substitutivos aos manicômios, e acabam por aproximar-se aos moldes manicomial de funcionamento. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

O segundo estudo selecionado aborda a percepção de profissionais de um CAPS sobre direitos humanos. (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013). Enquanto direitos, os profissionais evidenciaram o direito à liberdade, à proteção da vida, à convivência e à cidadania. Percebem a importância da liberdade, mas também destacam a possibilidade de impor limites à autonomia e liberdade do usuário quando este não se encontra em condições de exercer atos da vida civil ou quando possa responder a consequências devido a suas ações. Abordam também a importância da convivência social, olhando para a implicação do CAPS na socialização e associam isso ao exercício de cidadania. (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013).

Enquanto meios para a concretização desses direitos, destaca-se a informação, conscientização e incentivo à autonomia, o que os profissionais percebem que é desenvolvido no serviço por meio da reinserção social e por meio do diálogo com os familiares e usuários. Quanto às dificuldades percebidas na efetivação dos direitos humanos, os participantes destacaram a falta de profissionais e o espaço inadequado. (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013).

O estudo destaca ainda a importância da participação do governo e das famílias para a concretização dos direitos, atentando para as dificuldades no envolvimento dos familiares, importantes atores para a composição do cuidado, favorecimento da autonomia e reinserção social. Desse modo, evidencia-se a necessidade do olhar dos profissionais para os familiares, considerando as vulnerabilidades destes diante das dificuldades em lidar com o portador de doença mental, sendo sua participação fundamental também para a efetivação de direitos. (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013).

Sob a perspectiva deste estudo, surge uma problemática que gera pontos de tensionamentos nos serviços de saúde mental, que se refere à possibilidade de interferir na liberdade e autonomia do sujeito. Tal aspecto precisa ser olhado com cuidado, visto que sob esse engodo acabam se engendrando práticas autoritárias, que conflitam com a garantia dos direitos do usuário. Nesse sentido, pretendo abordar essa questão ao longo do estudo, buscando discutir práticas que visem o benefício do sujeito e não apenas a restrição da liberdade diante da diferença. Outra contribuição dos achados desse trabalho refere-se à importância do olhar para os familiares do sujeito em sofrimento psíquico, considerando seu papel fundamental para a garantia de direitos, especialmente nas políticas de saúde mental, sendo necessário incluir a família na construção do cuidado. (VENTURA; MORAES; JORGE, 2013).

Um estudo semelhante e mais recente foi encontrado ao atualizar as buscas. Neste, os autores Ventura et al. (2019) entrevistaram profissionais de um hospital que realiza internações de pessoas com transtornos mentais, realizando posterior análise de conteúdo temática, o que possibilitou a construção de três unidades temáticas. Na primeira, os achados referem-se aos direitos que os profissionais percebem em relação ao sujeito em sofrimento psíquico, destacando-se o direito à saúde. Destaca-se também que os profissionais percebem que as pessoas portadoras de algum transtorno mental possuem os mesmos direitos que outras pessoas. Diante disso, os autores observam a consideração ao direito de igualdade, entendendo que para isso é necessário respeitar também o direito à singularidade, entendendo que as pessoas com sofrimento psíquico são historicamente privadas do acesso pleno aos seus direitos, fazendo-se necessário olhar para o contexto, subjetividade e cultura de cada sujeito. Destacou-se também o direito ao acesso à informação sobre o próprio tratamento, observando-se alguns entraves na prática, que inviabilizam a efetivação desse direito. (VENTURA et al., 2019).

Na segunda unidade temática, os resultados apontam para a percepção de que a informação sobre os direitos possibilita a reivindicação de sua garantia e efetivação. Frente a isso, os autores pontuam a importância da educação em direitos humanos, considerando que o conhecimento e apropriação dos seus direitos favorecem os processos de autonomia e cidadania. Todavia, os autores reconhecem que a existência de legislações, exclusivamente, não garante a efetivação dos direitos. (VENTURA et al., 2019).

Por fim, na terceira unidade temática, consideram-se as violações de direitos humanos que os profissionais já vivenciaram. São explicitadas as violações que acontecem especialmente diante das internações involuntárias ou compulsórias, mas também as violações referentes ao olhar para o sujeito como incapaz, reiterando a exclusão social. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de capacitar as equipes para uma prática em consonância com os direitos humanos, bem como a relevância da educação permanente enquanto recurso que possibilita repensar as próprias práticas. (VENTURA et al., 2019).

As contribuições desta pesquisa foram similares as de Ventura, Moraes e Jorge (2013) no que tange a algumas percepções dos profissionais sobre os direitos humanos e sua relação com pessoas em sofrimento psíquico. Ao mesmo tempo, penso em uma possível aproximação às percepções de Emerich, Campos e Passos (2014) ao considerar-se que apenas o conhecimento dos direitos não garante a sua efetivação, fazendo-se necessário construir práticas que garantam o acesso aos direitos. Chama a atenção a percepção de profissionais quanto à existência de violações de direitos, e o olhar dos autores especialmente em relação às internações compulsórias e involuntárias. Como possibilidade para a construção de práticas aliadas aos direitos humanos, o estudo reflete sobre a educação permanente enquanto potente recurso, o que pode ser uma contribuição relevante também para a presente pesquisa.

O quarto artigo selecionado consiste em uma cartografia construída a partir das vivências da Educação Permanente em Saúde em um CAPS. Destaca-se, a partir desse estudo, a centralidade das intervenções realizadas dentro do espaço físico do serviço, retratando a dificuldade em operar sob a ótica da desinstitucionalização e da produção de cuidado no território. Com isso, surgem três eixos principais: “invisibilidade do território vivo na produção do cuidado em saúde mental”, “desafio de se produzir cuidado compartilhado: o matriciamento como articulador das ações do CAPS e a atenção básica”, e “impasses para a desinstitucionalização: do confinamento ao controle”. (FERREIRA et al., 2017).

No primeiro eixo, conceitua-se o território como contexto que vai além do espaço geográfico, incluindo-se aí o mapeamento dos problemas de saúde conforme a região e também a articulação dos serviços de saúde entre si, conforme cada localidade. Ao mesmo tempo, a noção de território abrange os laços e relações que os indivíduos constroem entre si e entre os dispositivos existentes na localidade,

correspondendo ao território existencial do sujeito. Tendo em vista essa conceituação, ressalta-se que os CAPS atuam de modo comunitário e territorial, compondo o cuidado em rede. No entanto, o que se percebe na prática é que os profissionais do CAPS pouco conhecem o território vivo em que os usuários estão inseridos, o que inclui grupos da comunidade, praças, pontos de encontro, bares, locais de uso de drogas e outros que compõem a vida dos usuários. Com isso, percebe-se um entrave para o movimento de desinstitucionalização da loucura, pois tal movimento objetiva a inserção dos usuários na comunidade, ou seja, fora do espaço do CAPS, de modo a produzir as relações sociais que suportem a diferença, conforme mencionam Ferreira et al. (2017).

No segundo eixo, problematiza-se o matriciamento enquanto dispositivo potencializador do trabalho na atenção básica. Todavia, no CAPS, esse dispositivo ainda é recente e há resistências na sua ativação. Destaca-se que o matriciamento inclui discussão de casos, bem como suporte técnico e pedagógico, visando instrumentalizar a equipe de saúde das Estratégias de Saúde da Família, favorecendo também a produção do cuidado em rede, especialmente no território. (FERREIRA et al., 2017).

O terceiro eixo discute impasses na desinstitucionalização, incluindo-se aí os modos de atuar de profissionais que ainda correspondem ao modelo manicomial, os autores referem-se a isso como manicômio mental. Desse modo, percebe-se a existência de práticas que se resumem à classificação, medicalização e controle dos usuários de saúde mental. Em concordância ao estudo de Emerich, Campos e Passos (2014), neste artigo também aparece a construção dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) de modo a produzir uma adequação institucionalizante, em que o usuário precisa se encaixar às ações disponíveis, por vezes sem considerar-se a sua singularidade e a possibilidade da construção desse PTS. Outro impasse consiste na medicalização do sujeito, que perpetua a lógica manicomial, indo além do espaço físico e permeando a vida do sujeito em diferentes contextos. Com isso, vê-se um movimento que impossibilita a autonomia do indivíduo, bem como inviabiliza seu protagonismo na construção do cuidado em saúde. (FERREIRA et al., 2017).

Com base no que Ferreira et al. (2017) evidenciam, pode-se pensar em algumas pistas para o presente estudo, abordando aspectos que constituem uma prática manicomial, que rompe com os direitos humanos, dentro de um dispositivo

criado e pensado para a substituição a esse modelo. Assim, alguns pontos importantes que foram levantados, e que se fazem relevantes para o presente trabalho envolvem o olhar para as práticas e interlocuções entre CAPS e território, as práticas do matriciamento e outras de interlocução com a atenção básica, a construção dos PTS, e o papel que a medicação ocupa nas estratégias de cuidado.

O quinto artigo volta-se a rede de serviços de saúde infanto-juvenil, e foi construído a partir de encontros com crianças em sofrimento psíquico e seus familiares. O estudo evidenciou a importância dos vizinhos enquanto rede de apoio e também destaca o maior vínculo das famílias na Unidade de Saúde da Família, localizada no território e as creches que as crianças frequentam. Esses serviços são percebidos como maior fonte de suporte do que serviços especializados, inclusive o CAPSi. Este achado vai ao encontro do que foi encontrado no estudo de Ferreira et al. (2017), que destaca a importância do território para a produção de cuidado. Outro aspecto ressaltado refere-se ao vínculo com o profissional Agente Comunitário de Saúde, apontado pelos participantes, no entanto percebem-se deficiências na relação entre os serviços especializados e os serviços disponíveis no território, visto que muitas crianças do estudo estavam sem a assistência necessária. (TSZESNIOSKI et al., 2015).

Já o sexto artigo refere-se à continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no contexto da Reforma Psiquiátrica, construído a partir da análise de prontuários de internos de um hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015). As crianças e adolescentes internados tinham entre 10 e 17 anos. Dos 28 prontuários analisados, observou-se que apenas um adolescente foi internado voluntariamente, havendo 19 internações involuntárias e 8 internações compulsórias, ou seja, juridicamente determinadas. Na maior parte dos casos, essa havia sido a primeira internação e, em um caso, tratava-se da quarta internação. Chama a atenção o número significativo de prontuários em que constava o diagnóstico de deficiência mental e transtornos de comportamento, bem como a quantidade de internações judiciais, permitindo problematizar a internação enquanto dispositivo usado não apenas em situações de crise, mas sim enquanto expressão de questões de vulnerabilidade social, fragilização dos vínculos familiares, violência e cobertura insuficiente de serviços de saúde. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Destaca-se também um elevado número de prontuários em que o motivo da internação se refere ao uso de álcool e outras substâncias, o que, na discussão dos

autores, não justifica a internação psiquiátrica, visto que esse dispositivo pode ser considerado normatizador e anulador da subjetividade do sujeito. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015). Todavia, o motivo para a internação que mais aparece nos prontuários refere-se à agressividade (hetero e/ou auto), frente ao que a internação aparece como resposta reducionista que individualiza e culpabiliza o sujeito diante de uma questão complexa que precisa ser olhada em suas particularidades e relações. Nesse sentido, tal sintoma deve ser considerado a partir da história de vida do sujeito, suas relações e território. Junto à problematização sobre a agressividade enquanto motivo de internação, os autores discutem a associação com o estigma da periculosidade da pessoa em sofrimento psíquico, frente ao que a instituição psiquiátrica atua sob o mandado de manter a ordem pública. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Outro aspecto que chama a atenção nos registros dos prontuários refere-se à impossibilidade de trocas sociais das crianças e adolescentes internados. Os autores pontuam a relevância do valor atribuído ao sujeito para que possa estabelecer-se uma relação de troca, mas ao sujeito em sofrimento psíquico é atribuído pouco valor de troca, visto que suas expressões são tomadas como incompreensíveis e seus sentimentos enquanto inadequados. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Nesse sentido, os autores problematizam a instituição psiquiátrica no modelo asilar enquanto redução da experiência do sujeito, separando-o do seu contexto relacional, de modo a transmitir à sociedade a concepção de que aquele sujeito não possui habilidade para conviver socialmente e para estabelecer trocas sociais, pouco escutando-se o seu sofrimento, visto que também na hora da internação esses sujeitos não são escutados, sendo a decisão determinada por terceiros, sem a participação do sujeito. Questiona-se ainda a resposta da internação para uma expressão da questão social, inclusive a ordem pública, e não enquanto ação de cuidado àquele sujeito. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015).

Por fim, destaca-se a necessidade de construir estratégias de cuidado que vão na contramão da lógica da internação psiquiátrica, que sejam pensadas no território, possibilitando a continuidade do sujeito em seu contexto, bem como o protagonismo deste na construção das ações de cuidado, de forma que o adoecimento seja vivenciado de modo integrado à sociedade. (BRAGA; D'OLIVEIRA, 2015). Essa perspectiva corrobora os achados dos estudos

apresentados anteriormente, em que o cuidado no território aparece como principal estratégia de cuidado em consonância à perspectiva dos direitos humanos, tendo em vista a autonomia, protagonismo e dignidade da pessoa humana.

A característica singular deste estudo, considerando os demais que foram selecionados, refere-se ao contexto em que é realizada a pesquisa, ou seja, dentro de um hospital psiquiátrico, evidenciando uma lógica de cuidado que se opõe ao que foi construindo na Reforma Psiquiátrica, por meio das políticas substitutivas que visam o cuidado em rede e no território. Tendo isso em vista, entende-se a relevância em considerar, no presente estudo se as internações aparecem como recurso utilizado em um CAPS I.

4 PONTOS TRANÇADOS E TECIMENTOS



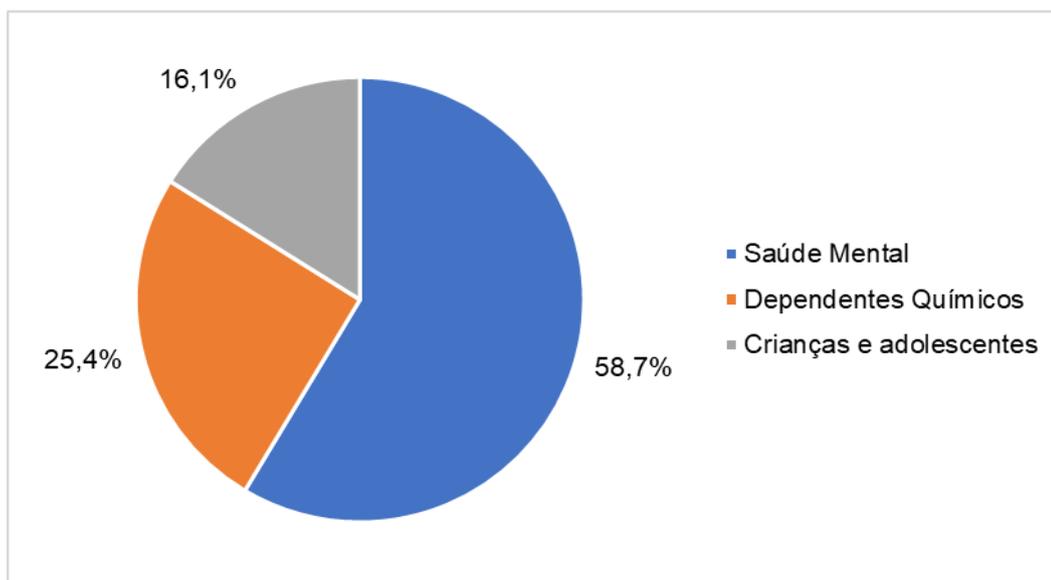
Inicialmente serão descritos os resultados relativos ao levantamento documental, de modo a caracterizar a população usuária do serviço. As seções Dados etapa 1 e Dados etapa 2 referem-se aos dados sociodemográficos da população. Já a seção Dados etapa 3 apresenta os dados levantados por amostra, relativos às ações desenvolvidas no CAPS. Posteriormente, serão apresentadas as discussões realizadas nas reuniões de análise.

4.1 Primeiros pontos: reconhecendo a população e as práticas desenvolvidas

4.1.1 Dados etapa 1

Na primeira etapa foram quantificados 598 prontuários que constavam como ativos. Destes, 58,7% pertencem ao grupo saúde mental, 25,4% são do grupo dependentes químicos, e 16,1% são crianças e adolescentes.

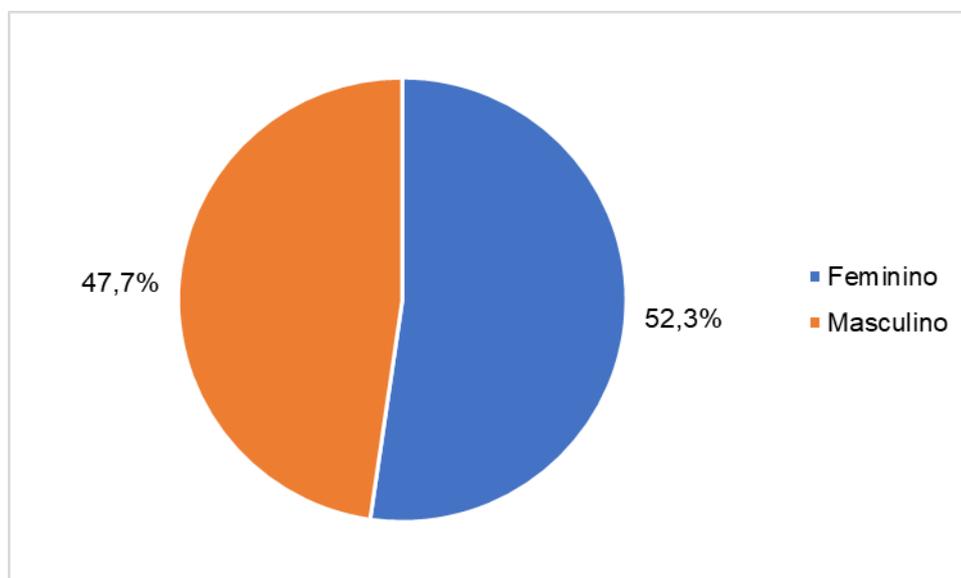
Gráfico 1 – Grupos População Total



Fonte: elaborado pela autora

Considerando os dados sociodemográficos da população usuária total, destaca-se que 52,3% são do sexo feminino e 47,7% são do sexo masculino.

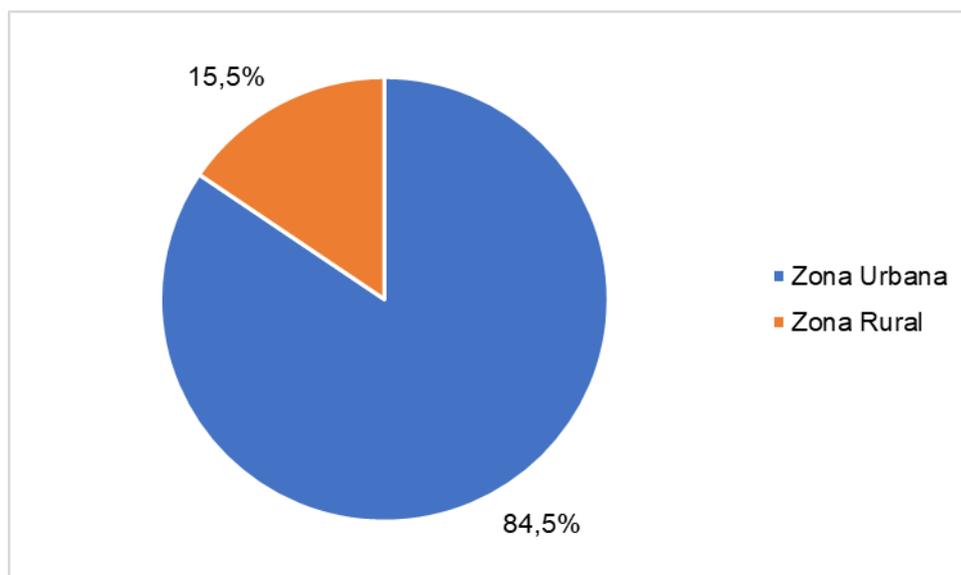
Gráfico 2 – Sexo População Total



Fonte: elaborado pela autora

Quanto ao território em que habitam, a maioria mora em zona urbana, 84,5%, e 15,5% moram na zona rural do município.

Gráfico 3 – Território População Total

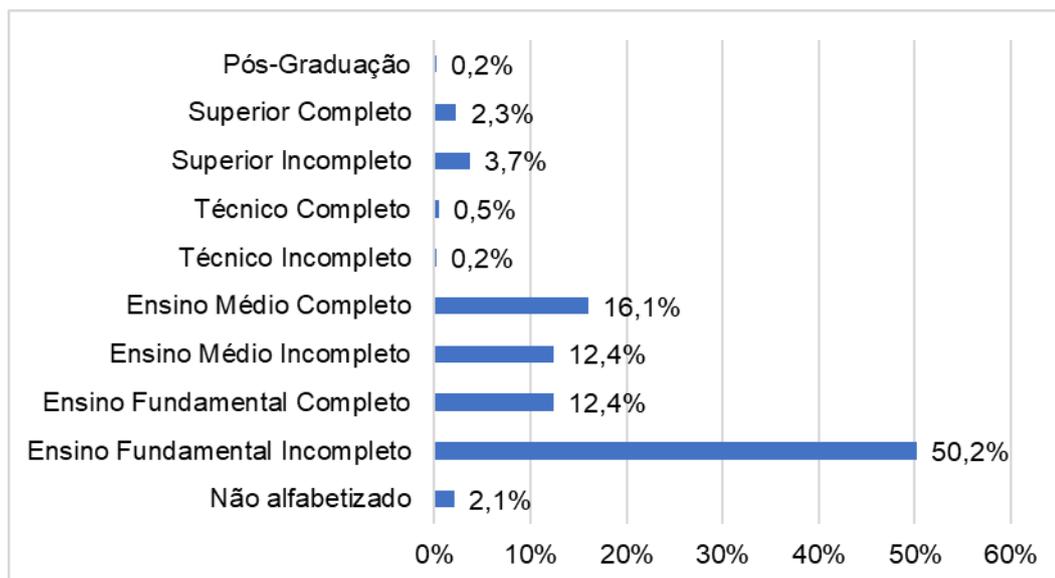


Fonte: elaborado pela autora

Quanto à classificação da raça, 99,2% dos prontuários não apresentavam essa informação, e, o restante constava como branco.

Em relação à escolaridade, 50,2% possuem ensino fundamental incompleto, 16,1% possuem ensino médio completo, 12,4% possuem ensino fundamental completo e 12,4% possuem ensino médio incompleto.

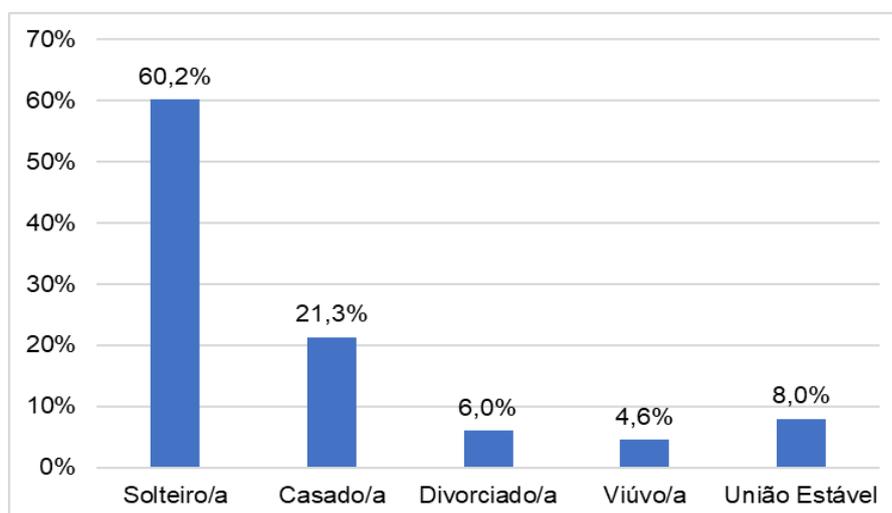
Gráfico 4 – Escolaridade População Total



Fonte: elaborado pela autora

Sobre o estado civil, a maioria consta como solteiro/a, 60,2%, e 21,3% aparece como casado/a.

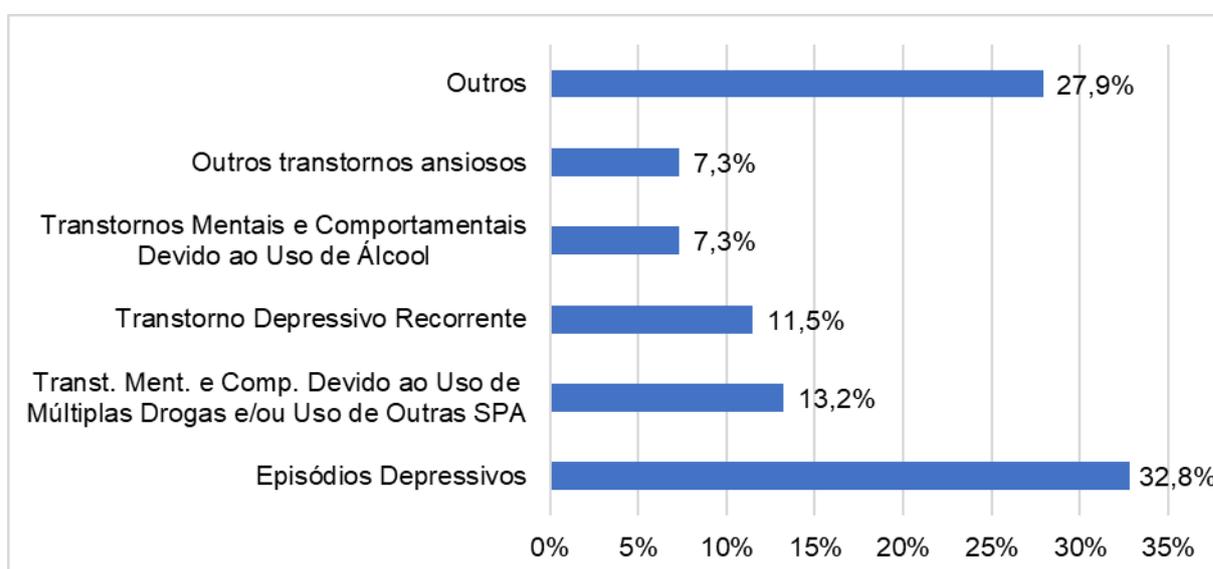
Gráfico 5 – Estado Civil População Total



Fonte: elaborado pela autora

Em relação ao diagnóstico CID, em 32,8% da população total consta a classificação Episódios Depressivos. Em seguida, a classificação que mais aparece é Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas e ou Uso de Outras Substâncias Psicoativas, em 13,2% dos prontuários. Destaca-se também a classificação Transtorno Depressivo Recorrente, presente em 11,5% dos prontuários, e Outros Transtornos Ansiosos, que aparece em 7,3%, e Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool, 7,3%. As demais classificações apareceram em menor número de prontuários.

Gráfico 6 – CID População Total



Fonte: elaborado pela autora.

Os dados relativos a cada grupo (saúde mental, dependência química e crianças e adolescentes) serão detalhados a seguir.

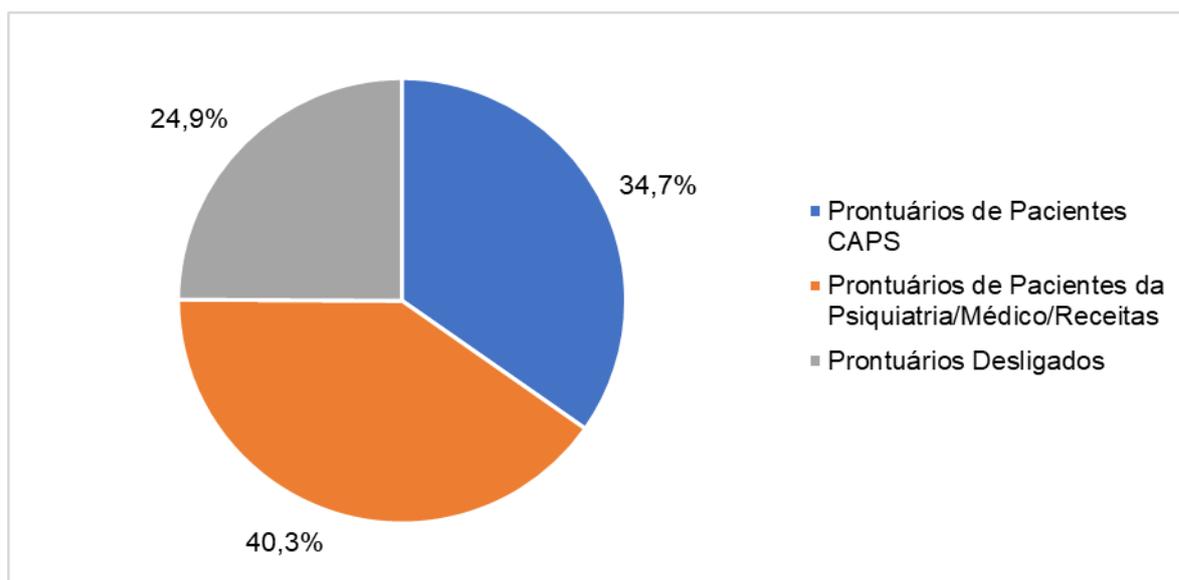
4.1.2 Dados etapa 2

No levantamento da segunda etapa, conforme demandado na primeira reunião de análise, os prontuários foram classificados como de CAPS, exclusivamente da psiquiatria/médico ou desligados. O critério de inclusão na classificação CAPS foi a presença de pelo menos um tipo de atendimento além do psiquiatra ou médico. Na classificação psiquiatria/médico, o critério foi a presença de apenas atendimento psiquiátrico ou médico no último ano, incluindo-se também aqueles prontuários em que constava apenas o registro de pedido de receita

médica. E, na classificação desligado, foram colocados aqueles prontuários em que não constava nenhum atendimento há mais de 6 meses.

A partir desse levantamento, observa-se que, do total de 598, 205 (34,7%) são prontuários de pacientes CAPS, 238 (40,3%) são prontuários de pacientes da psiquiatria/médico/receitas e 147 (24,9%) eram prontuários desligados.

Gráfico 7 – Modalidade de acompanhamento População Total

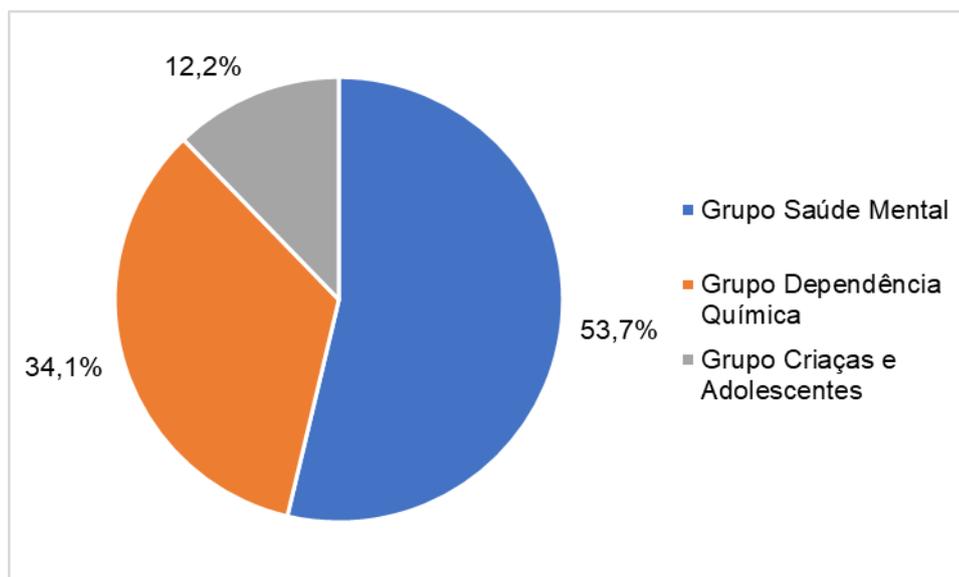


Fonte: elaborado pela autora

Considerando apenas os prontuários ativos, observa-se que o total é de 443, e destes, 46,3% são prontuários classificados como CAPS, enquanto 53,7% são classificados como psiquiatria/médico/receitas.

Olhando agora para os prontuários da classificação CAPS, estes totalizam 205, sendo 53,7% do grupo saúde mental, 34,1% do grupo dependência química e 12,2% do grupo crianças e adolescentes.

Gráfico 8 – Grupos população CAPS



Fonte: elaborado pela autora.

Considerando os dados sociodemográficos da população correspondente aos prontuários classificados como CAPS, observa-se que a maioria é do sexo feminino, 51,2%, e 48,8% é do sexo masculino. Observa-se que nos grupos, o sexo masculino foi maioria apenas no grupo dependência química, representando 90% em relação ao total neste grupo. No grupo saúde mental, 75,5% são do sexo feminino, e no grupo crianças e adolescentes, 60% são também do sexo feminino.

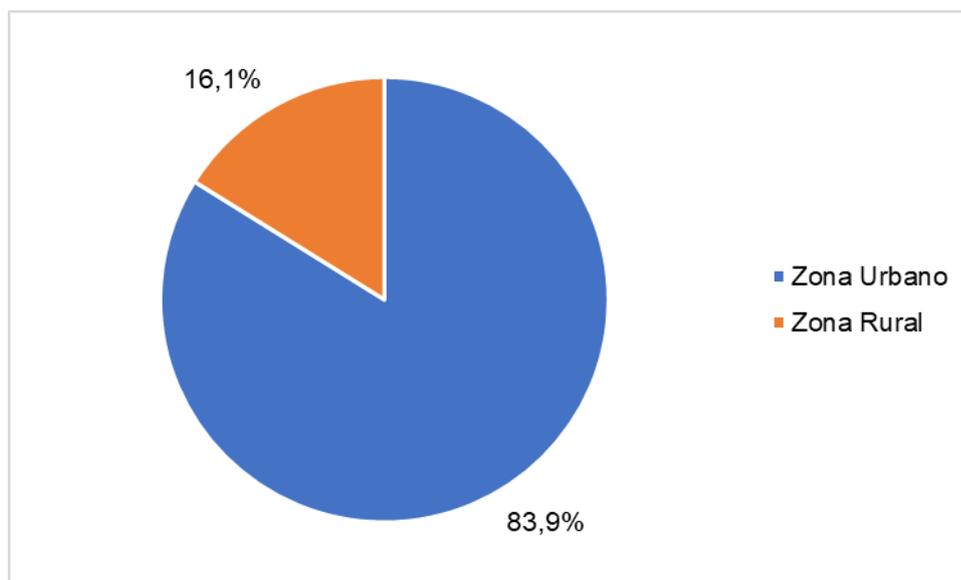
Tabela 1 – Sexo

	Saúde mental	Dependentes químicos	Crianças e adolescentes	População Total
Feminino	75,5%	10%	60%	51,2%
Masculino	24,5%	90%	40%	48,8%

Fonte: elaborado pela autora.

A maioria da população mora em zona urbana, 83,9%, e 16,1% mora em zona rural. Observa-se que essa porcentagem não apresenta grandes variações nos diferentes grupos.

Gráfico 9 – Território População CAPS

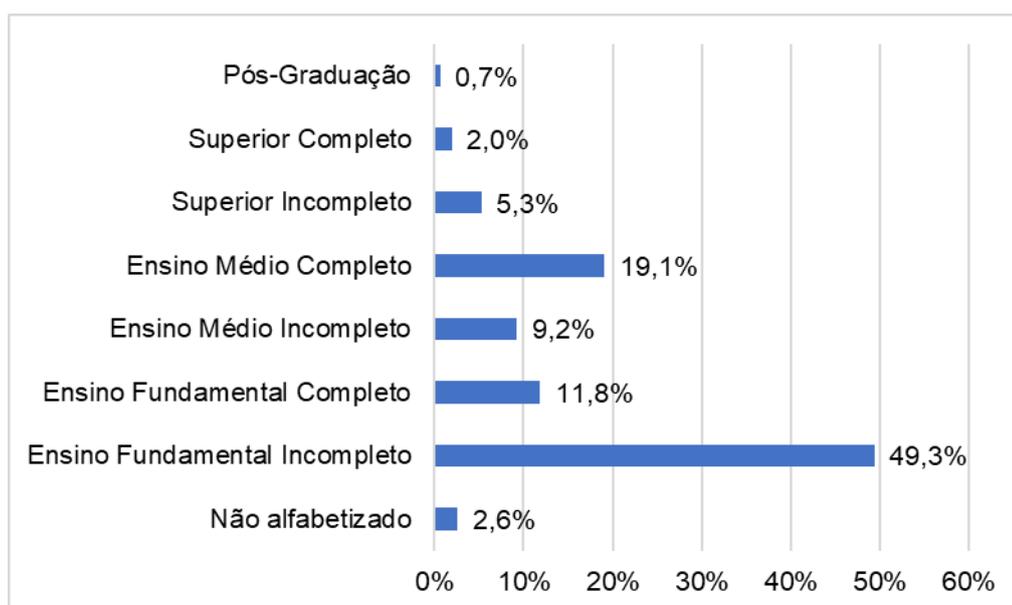


Fonte: elaborado pela autora.

Sobre a raça, 99,5% dos prontuários da população da classificação CAPS não apresentavam o preenchimento desse campo.

Quanto à escolaridade, a maior parte possui ensino fundamental incompleto, 49,3%. Tal escolaridade se manteve como predominante em todos os grupos.

Gráfico 10 – Escolaridade População CAPS

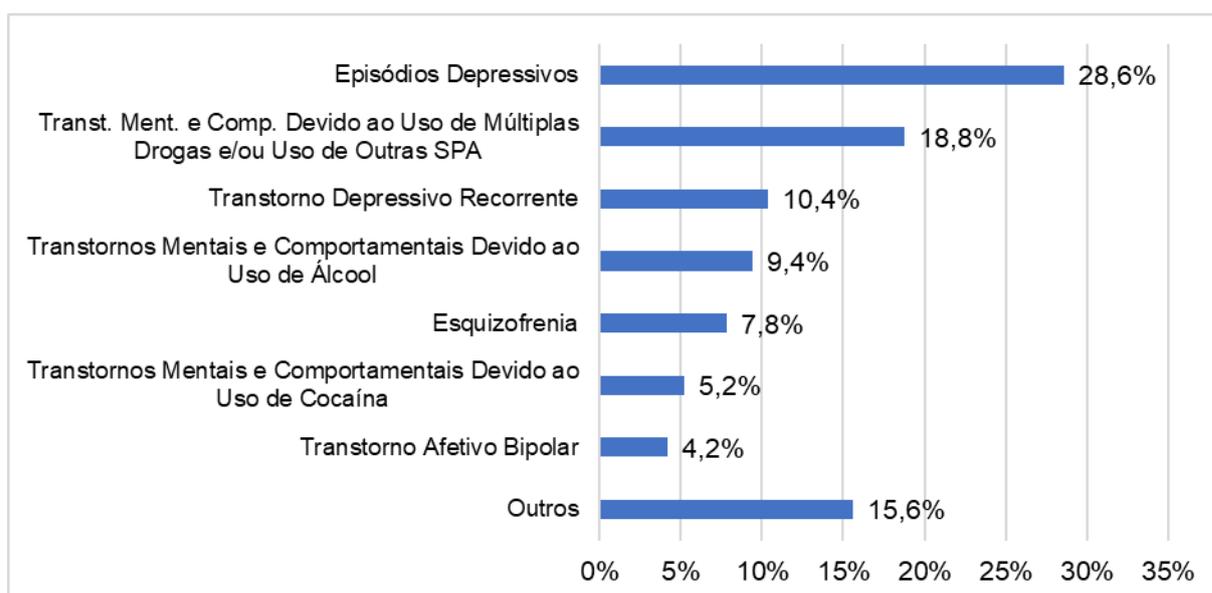


Fonte: elaborado pela autora

Em relação ao CID, a classificação mais frequente foi de Episódios Depressivos, presente em 28,6% dos prontuários. Outras classificações que se

destacam foram: Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas e/ou Uso de Outras Substâncias Psicoativas (18,8%), Transtorno Depressivo Recorrente (10,4%), Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool (9,4%), Esquizofrenia (7,8%), Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Cocaína (5,2%), Transtorno Afetivo Bipolar (4,2%). Demais classificações apareceram em menor frequência.

Gráfico 11 – CID População CAPS



Fonte: elaborado pela autora.

Sobre a idade, no grupo saúde mental a média foi de 48,04 anos (DP=16,516), no grupo dependência química a média foi de 37,73 anos (DP=11,695), e no grupo crianças e adolescentes a idade média foi de 12 anos (DP=3,770).

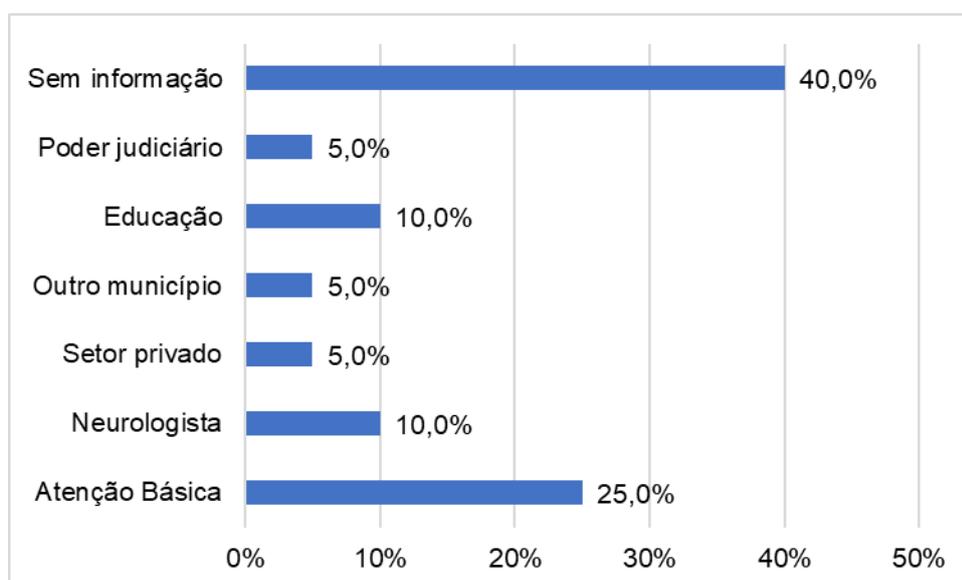
Em relação ao tempo de acompanhamento, no grupo saúde mental, o tempo médio, em meses foi de 69,20 (DP=47,785) o que equivale a um pouco mais de 5 anos e meio de acompanhamento. No grupo dependência química, a média de tempo de acompanhamento em meses foi de 62,03 (DP=44,642), equivalendo a pouco mais de 5 anos. E no grupo crianças e adolescentes a média foi de 22,36 meses (DP=24,659), ou seja, em torno de um ano e meio.

4.1.3 Dados etapa 3

Os dados dessa etapa foram levantados a partir de uma amostra de 10% dos prontuários classificados como CAPS. Para a seleção da amostra, foram usados critérios referentes ao sexo, a proporção de prontuários em cada grupo, e o ano de corte, que foi 2012, quando o serviço foi desvinculado do hospital, passando a funcionar em outro local.

Dados sobre o encaminhamento para o CAPS indicam que a Atenção Básica é o setor que mais encaminha para o CAPS, constituindo 25% do total dos encaminhamentos. Outros setores que apareceram nessa amostra foram: educação (10%), neurologista (10%), setor privado (5%), poder judiciário (5%) e outros municípios (5%). Em 40% dos prontuários não constavam informações sobre o encaminhamento para o CAPS.

Gráfico 12 – Encaminhamento para o CAPS



Fonte: elaborado pela autora.

Observa-se que os encaminhamentos da Atenção Básica foram mais recorrentes com pacientes do grupo Saúde mental (36,4%), já no grupo dependência química, 14,3% foram encaminhados pela atenção básica e 14,3% foram encaminhados pelo poder judiciário, enquanto no grupo crianças e adolescentes os encaminhamentos foram realizados pelo setor da educação (100%).

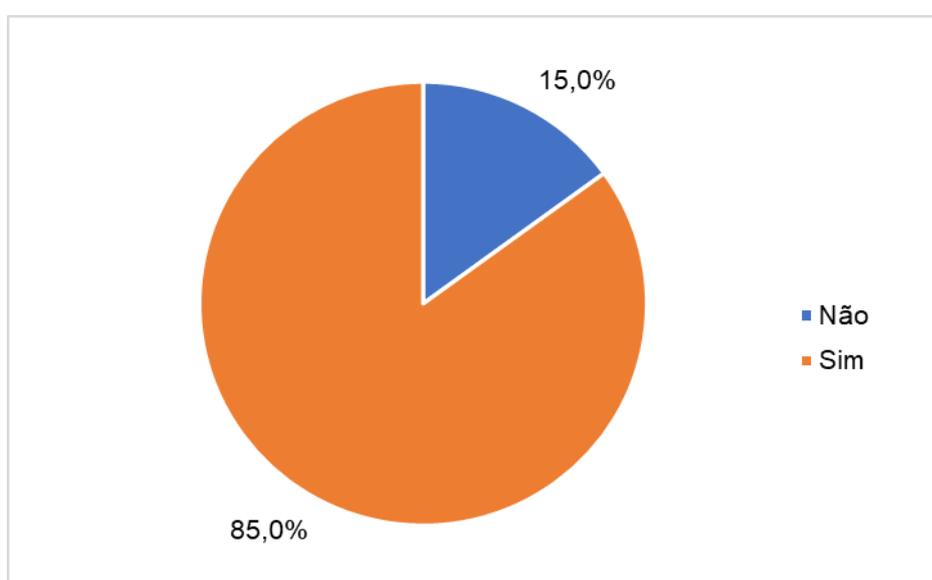
Tabela 2 – Encaminhamentos conforme grupos do CAPS

	Saúde mental	Dependência química	Crianças e adolescentes
Atenção Básica	36,4%	14,3%	0,0%
Educação	0,0%	0,0%	100%
Neurologista	18,2%	0,0%	0,0%
Outro município	9,1%	0,0%	0,0%
Setor Privado	9,1%	0,0%	0,0%
Poder judiciário	0,0%	14,3%	0,0%
Sem informação	27,3%	71,4%	0,0%

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao uso de medicação, 85% da amostra fazem uso de algum tipo de medicação psiquiátrica.

Gráfico 13 – Uso de medicação



Fonte: elaborado pela autora.

Destaca-se que o uso de medicação é mais frequente no grupo saúde mental (90,9%).

Quanto às internações, 55% da população da amostra já passou por internação, ressaltando-se aqui o grupo dependência química, visto que em 85,7% dos prontuários do grupo na amostra havia registros de internação. Destaca-se

ainda que um dos prontuários apresentava 10 registros de internação, no período de 2 anos.

Em relação à participação em grupos e oficinas, observa-se que 30% participa de algum grupo, e 50% participa de alguma oficina. No grupo saúde mental apareceu o grupo de homens. Já no grupo dependência química apareceu apenas o grupo de dependentes químicos (57,1%), e no grupo crianças e adolescentes apareceu o grupo de adolescentes (50%). Em relação às oficinas, evidencia-se que apenas os grupos saúde mental e crianças e adolescentes possuem participação em oficinas, visto que no grupo dependência química não há nenhum registro de participação em oficinas. Ainda em relação à participação de oficinas, destaca-se a prevalência de uma mesma oficina, oficina terapêutica quem aparece em 58,2% dos prontuários. Também apareceram as oficinas de permacultura (8,3%), música (8,3%), plantas medicinais (8,3%), pilates (8,3%) e escrita (8,3%).

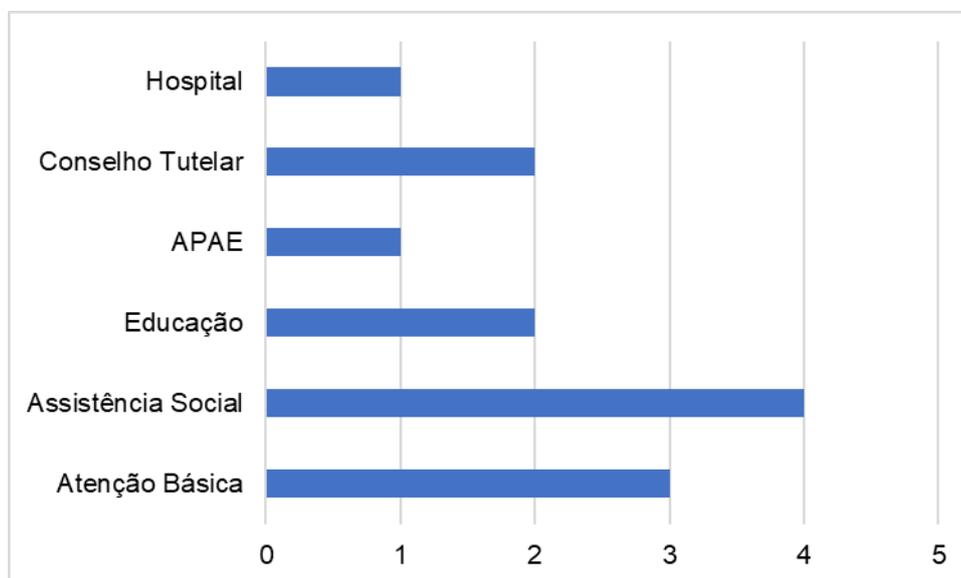
Sobre os atendimentos individuais, observa-se que 65% da amostra total realiza algum tipo de atendimento individual, sendo o mais prevalente o atendimento psiquiátrico unicamente (31,3%). A segunda modalidade de acompanhamento que mais aparece é o atendimento individual realizado por psiquiatra e por psicólogo (25%).

Dados sobre o acompanhamento familiar mostram que em apenas 30% dos prontuários há registros de atendimentos familiares, considerando que estes aparecem de modo esporádico. Observa-se que o acompanhamento familiar aparece de modo mais expressivo no grupo dependentes químicos (28,6%) e no grupo crianças e adolescentes (100%), sendo o grupo saúde mental o que possui menos registros do acompanhamento familiar (18,2%). Há registro de visita domiciliar em apenas 10% dos casos, os quais estão concentrados no grupo dependência química, visto que, nessa amostra, apenas nesse grupo foram registradas visitas.

Quanto à interface com a rede, em 45% dos prontuários da amostra observam-se interlocuções. Considerando os prontuários em que constava interlocução com a rede, aparecem com maior frequência os setores assistência social (4) e atenção básica (3). Há também interlocução com os setores da educação (2), hospital (1), conselho tutelar (2) e APAE (1) (Optou-se por apresentar os valores em número e não em porcentagem devido ao número total ultrapassar

100%, devido ao fato de haver mais de um setor com o qual houve interlocução por caso).

Gráfico 14 – Interlocução com outros setores



Fonte: elaborado pela autora.

Entre os grupos de usuários, observa-se que o grupo dependência química apresenta maior frequência de registros de interlocução com a rede, visto que em 57,1% dos prontuários desse grupo houve registros de diálogo com a rede, destacando-se a assistência social, atenção básica e hospital. No grupo crianças e adolescentes, 100% dos prontuários descreviam relação com a rede (assistência social, APAE, Conselho tutelar). O grupo saúde mental, por sua vez, foi o grupo em que se registrou menor índice de contato com a rede, correspondendo a 30% dos prontuários, aparecendo os setores: assistência social, atenção básica, conselho tutelar.

4.2 Linhas e combinações de pontos: as reuniões de análise e a construção de sentido para os números

Apresento aqui as discussões construídas nas reuniões de análise a partir dos dados descritos acima. Participaram das reuniões os profissionais auxiliar administrativo, terapeuta ocupacional (coordenadora do serviço), estagiário, psicólogo e técnico de enfermagem. A equipe estava reduzida nas quatro ocasiões em que foram realizadas as reuniões de análise, estando dois profissionais

afastados. Além desses, também não participaram o médico da equipe, que não se encontra no serviço no dia da reunião de equipe, momento em que se desenvolveram as reuniões de análise, e o psiquiatra, que realiza atendimentos durante a primeira metade da reunião de equipe.

Os conteúdos das discussões das reuniões de análise foram organizados em categorias por temáticas. Dessa forma, a primeira categoria, intitulada Construção de indicadores e planejamento: tecendo linhas de cuidado, discorre acerca da construção de indicadores e planejamento; a segunda categoria, Emaranhamentos e furos da rede: quando o cuidado escapa, aborda aspectos sobre a rede formal de cuidados em saúde mental; e a terceira categoria, Linhas de captura: direitos esquecidos, enfoca as ações de cuidado desenvolvidas e intersecções com os direitos humanos.

4.2.1 Construção de indicadores e planejamento: tecendo linhas de cuidado

Ao deparar-se com os dados sociodemográficos da população total do CAPS, a equipe faz reflexões importantes acerca da forma como os dados são coletados no momento da abertura do prontuário. Surgem discussões sobre o preenchimento, momento em que o auxiliar administrativo expõe sua preocupação com a exposição do usuário no ambiente da recepção, percebendo certo receio do usuário ao responder algumas questões, como escolaridade e estado civil, por exemplo. Com isso surge a demanda por uma reorganização dos dados a serem coletados.

Outro dado que disparou discussões nesse sentido refere-se à raça/cor, uma vez que a maioria dos prontuários não apresenta essa informação.

Expus dados acerca da categoria raça/cor, ressaltando a falta de preenchimento desse campo. Diante disso, a coordenadora expõe a dificuldade em questionar tal aspecto aos usuários, visto que a raça é autodeclarada, mencionando casos de pessoas que sentiram-se ofendidas com a questão e ameaçaram abrir um processo contra a administração pública. Nesse momento foi possível dialogar sobre a relevância desse dado e sobre o mito da democracia racial, considerando que tal indicador nos permitiria analisar se a população negra do município tem acesso ao serviço e de que forma se dá o atendimento a essa população, considerando sua especificidade, discriminação e preconceito vivenciado. Tal aspecto também precisaria ser considerado como norteador para pensar os cuidados em saúde mental. O profissional auxiliar administrativo relata também a sensibilidade necessária ao abordar tal questão, reiterando a exposição do espaço da recepção. Levantou-se a possibilidade de o profissional que faz o acolhimento, realizar o preenchimento desse campo a partir da coleta dessas informações em ambiente mais reservado. A

coordenadora do serviço fala sobre o preconceito que as pessoas negras tem em relação à própria cor. Busco problematizar como se constrói socialmente o entendimento que associa a raça negra a uma característica ruim, desqualificante e a necessidade de desconstruir tal noção preconceituosa. (Primeira reunião de análise – Parte 1).

Os dados relativos ao CID que constava nos prontuários também moveu discussões acerca da construção dos próprios dados, visto que, conforme observa o auxiliar administrativo, os dados sobre CID não são confiáveis, pois ele mesmo acaba precisando preenchê-los, devido à obrigatoriedade para o relatório do Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e o não preenchimento da categoria pelos profissionais. Diante disso, a equipe dialoga sobre a importância desse dado, e coloca-se a pensar na construção da hipótese diagnóstica em momento de reunião de equipe.

Junto a essas reflexões e olhares acerca da construção dos próprios dados, a equipe demanda vários dados sobre os quais não possui informação e faz considerações sobre um *software* utilizado na atenção básica para o registro de informações acerca do usuário e seus atendimentos, mas a coordenadora evidencia que tal programa não possui boa aplicabilidade ao CAPS, dada a especificidade de algumas questões e fluxos de trabalho.

Ao mesmo tempo, a equipe solicita dados sobre o território, aos quais não teve acesso, como o total da população urbana e rural do município, para efetuar um comparativo sobre a proporção dos usuários desses territórios que acessam o CAPS. Com isso, é possível observar a construção que a equipe realiza acerca da necessidade sobre os dados para o serviço. O trecho a seguir também evidencia esse aspecto:

Sobre o tempo de acompanhamento no serviço, um profissional da equipe questiona quanto aos dados sobre alta, todavia tais dados não foram coletados, visto que foram analisados apenas os prontuários ativos. Tal questionamento levou à reflexão sobre a falta de informações sobre alta e evasão do tratamento, pensando-se como possibilidade o preenchimento dessa informação em planilha informatizada. (Primeira reunião de análise – Parte 2).

A demanda por dados e indicadores aparece em outros momentos da discussão, convergindo para a percepção sobre a necessidade da construção de um banco de dados do serviço.

Ao final da discussão, a equipe faz uma avaliação positiva sobre esse momento de análise. Coloco a importância de uma cultura de planejamento e avaliação a partir de levantamento de dados para conhecer nossas práticas e pensar nossas ações. Evidencio a impossibilidade, por exemplo, de observar comparativos entre os anos quanto ao ingresso de novos usuários no serviço, o que facilitaria algumas análises para o trabalho e sua articulação com o contexto social. Diante disso, o psicólogo expõe a necessidade da criação de um banco de dados. (Segunda reunião de análise – Parte 1)

O amadurecimento dessas discussões possibilitou alguns vislumbres e aproximações às perspectivas acerca do planejamento em políticas públicas, observando indicadores, pensando ações e o constante monitoramento/avaliação.

4.2.2 Emaranhamentos e furos da rede: quando o cuidado escapa

Ao longo das discussões ficou evidente o emaranhamento da atenção básica com o CAPS devido à forma como se organizam as consultas com psiquiatra, visto que há apenas um no município, o qual atua 12 horas semanais, atendendo somente nas dependências do CAPS. Com isso, acaba havendo uma confusão sobre as demandas da Atenção Básica e as do CAPS, pois faz-se necessário que os usuários encaminhados para psiquiatra realizem o acolhimento, abertura de prontuários e outros procedimentos da equipe. O seguinte trecho explicita a discussão acerca da prevalência de alguns diagnósticos e possíveis implicações sobre essa relação com a atenção básica

Outro olhar envolveu a relação com a rede, visto que, se a maioria dos pacientes apresenta CID de transtornos do humor, especialmente transtornos de menor gravidade, e transtornos de ansiedade, pode-se pensar no alto índice da população usuária do serviço que não se adequaria ao CAPS, podendo constituir-se demanda para a atenção básica, por exemplo, o que reduziria o alto número de pacientes acompanhados no CAPS. Todavia, enxergam-se alguns entraves para que isso aconteça, visto que no município há apenas um psiquiatra, o qual atende no CAPS demandas tanto da atenção básica, quanto de maior complexidade, o que ocasiona uma demanda excessiva e menos assertiva para o serviço [...]. (Primeira reunião de análise – Parte 1).

Outro dado que remeteu a considerações sobre esse emaranhamento com a atenção básica referiu-se ao número de prontuários de crianças e adolescentes, visto que a equipe se surpreendeu com o alto número de usuários desse grupo, em comparação ao número de crianças e adolescentes que veem circulando pelo serviço. Com isso, trazem questionamentos sobre onde estão essas crianças e

adolescentes. Nesse sentido, a equipe considera a possibilidade de muitas das crianças e adolescentes estarem realizando acompanhamento somente com o psiquiatra.

A partir dessas discussões surgiu a demanda pelo levantamento de dados sobre usuários que realizam acompanhamento apenas com médico/psiquiatra e usuários que estão incluídos em um conjunto de cuidados no CAPS. Com isso, construiu-se a segunda etapa do levantamento de dados da presente pesquisa, conforme exposto anteriormente. A apresentação desses dados gerou certa surpresa na equipe, confirmando algumas expectativas. Ao mesmo tempo fomentou a possibilidade de expor tais dados para a gestão municipal, a fim de reivindicar algumas mudanças a partir da exposição dessa realidade.

Além dessas considerações, observa-se que o setor que mais encaminha para o CAPS é a atenção básica e, o setor com o qual o CAPS busca realizar maior interlocução é a assistência social, ficando explícitas algumas dificuldades.

Quanto à articulação com a rede, percebo um mal-estar evidente ao mencionar que o setor com o qual mais buscamos articulação é a assistência social, o que se refere aos vários conflitos existentes e impossibilidade de pactuações em conjunto [...]. Ao mesmo tempo, fica evidente que a saúde mental não pode ser desarticulada da dimensão social. (Segunda reunião de análise – Parte 1).

Outro ponto que se destaca foram algumas considerações acerca da falta de articulação com a rede, de modo especial o olhar para a forma como isso se constitui nos diferentes grupos de usuários do CAPS, visto que no grupo saúde mental observa-se menor interlocução com a rede. Nesse sentido, surgem alguns vislumbres acerca da cronificação desses casos.

4.2.3 Linhas de captura: direitos esquecidos

Incluo nesta categoria as discussões que remeteram a equipe a refletir sobre o desenvolvimento das ações de cuidado e algumas linhas de captura que se evidenciaram a partir dos dados e do diálogo em equipe. Uma temática que se destacou em vários momentos refere-se à reinserção social e a dificuldade do serviço em operar sob essa lógica. O trecho abaixo ilustra alguns pontos:

Apresentei a média de tempo de acompanhamento em meses no serviço, o que pareceu gerar certo espanto e reflexões acerca da entrada do usuário

no serviço, sem previsão de saída/alta. Nesse sentido, surgiram problematizações acerca do trabalho em rede e a dificuldade encontrada para encaminhar alguns casos para outros dispositivos. Também se discutiu acerca da reinserção social e entraves que ocorrem nesse processo, como a dificuldade em aliar a inserção no mercado de trabalho, por exemplo. (Primeira reunião de análise – Parte 1).

Diante disso, surgiram também reflexões acerca dos casos em que já foi possível desenvolver um trabalho de reinserção, o que motivou a equipe a rememorar alguns casos. Com isso, percebemos que nestes casos houve maior efetividade do tratamento e o usuário pode reorganizar sua vida.

Reflexões sobre o espaço social e sua relação com o adoecimento também mobilizaram discussões e olhares para a reinserção social, como no fragmento abaixo, que aborda a discussão sobre dependência química.

Em relação ao território em que reside a população desse grupo, majoritariamente o território urbano, foram trazidas observações acerca do contexto da cidade, visto que os espaços de lazer estão bastante associados ao consumo de bebida alcoólica. [...]. Citou-se o alto número de bares e locais comunitários que se transformam em pontos de uso de álcool. Nesse ínterim, surge a questão da reinserção social, havendo dificuldade em encontrar espaços de promoção de vida no território. Refletiu-se também sobre a cultura local, visto que o uso de álcool é transmitido entre gerações desde muito cedo, como observam profissionais da equipe que cresceram na cidade. (Primeira reunião de análise – Parte 2).

Dados sobre a idade média do grupo crianças e adolescentes trouxeram à luz um debate acerca da adolescência e dos espaços que existem no município para essa faixa etária

[...] discute-se também a inexistência de espaços culturais e de lazer voltados para os adolescentes, ao que uma profissional da equipe afirma que há espaços sim no município, mas que os mesmos não são aproveitados e que os adolescentes não querem estar nesses espaços, apontando uma pesquisa realizada anteriormente no município, em que a maioria dos adolescentes refere que tem preferência por momentos de lazer utilizando o celular. Nesse sentido, atenta-se para o uso das mídias como potencial gerador de embotamento social, inviabilizando o desenvolvimento de outros recursos internos e relacionais. Observa-se também a importância de que espaços voltados para adolescentes possam ser construídos de forma conjunta a eles, de modo que sua produção desejante possa ter lugar, permitindo sua expressão e movimentos de identificação. Junto a isso, discute-se a importância de ações de promoção de saúde mental no município. (Primeira reunião de análise – Parte 2).

O debate sobre a reinserção foi reiterado ao analisarmos dados sobre as oficinas, observando-se alguns números, mas considerando também as percepções da equipe. Nisso, coloca-se a observação de que as oficinas operam de modo

desarticulado e por vezes não terapêutico. Observa-se também que vários pacientes estão na mesma oficina há anos, evidenciando a dificuldade em construir estratégias de integração fora do serviço, no território. Neste ponto, discute-se acerca do papel do CAPS no reestabelecimento de vínculos sociais e no trabalho de reinserção, o que a equipe percebe que não tem conseguido realizar, elencando alguns motivos, como a falta de disponibilidade interna, maior demanda de tempo e de profissionais, o dispêndio de atenção e cuidado com os usuários que deveriam ser atendidos na atenção básica. O fragmento abaixo expõe outras discussões desenvolvidas a partir do olhar para as oficinas e reflexos na reinserção social.

Ainda no que se refere às oficinas, a coordenadora observa o funcionamento atual das oficinas, pontuando que o foco acaba recentrando-se nos resultados e não no processo. Evidencia, por exemplo, que a oficinaira acaba fazendo o trabalho pelos usuários, para que fique “bonito”. Nesse sentido, reflete-se acerca da despotencialização do sujeito e manutenção do lugar de incapacidade. Psicólogo menciona aspectos relativos às oficinas como a autonomia e importância do momento do lanche, por exemplo, ressaltando a necessidade de que se possibilite um espaço de autonomia e desenvolvimento, que muitas vezes não é possível em outros contextos de vida do sujeito. (Segunda reunião de análise – Parte 2).

Outras discussões importantes enfocaram as ações de cuidado em relação ao grupo dependentes químicos, considerando-se a necessidade de pensar parcerias com a educação para possibilitar o reingresso no ensino, visando facilitar a reinserção no mercado de trabalho e em outros espaços, ampliando a rede de relações.

Junto à discussão sobre o trabalho de reinserção social, outros elementos foram analisados, de modo a evidenciar o funcionamento do CAPS de forma ambulatorial. No que se refere ao acompanhamento familiar, observa-se que pouco casos apresentam registro desse acompanhamento, e os prontuários em que se encontram registros mostram que o acompanhamento familiar ocorre de forma esporádica. Diante disso, a equipe fala sobre a falta de adesão a grupos de familiares.

Além do acompanhamento familiar, outro aspecto que foi olhado envolveu a construção do Plano Terapêutico Singular (PTS). Ao considerar-se a participação das oficinas, analisou-se a forma como os usuários são inseridos, pontuando-se a necessidade de observar alguns critérios, especialmente a indicação terapêutica e não apenas a identificação do usuário. Com isso, a equipe se dá conta de que o

PTS não é construído. Isso desperta a necessidade de recorrer a estudos sobre a temática.

Ao olhar para os dados sobre a participação em oficinas e grupos e os atendimentos individuais, foi possível perceber que, em muitos casos, a composição dos atendimentos se dá de modo que o usuário frequenta uma oficina e realiza acompanhamento psiquiátrico. Com isso, parece haver uma lacuna, visto que osicineiros atuam com pouco diálogo com a equipe e os atendimentos psiquiátricos se dão, em média, a cada 3 meses. Diante disso, a equipe percebe a falta do profissional de referência, que seria responsável por realizar essa articulação. Nesse sentido, o psicólogo da equipe observa a profundidade das mudanças pelas quais são necessárias que o CAPS passe.

Outro aspecto que levou a equipe a analisar alguns dos seus processos refere-se aos cuidados relativo à infância e adolescência, conforme exposto na narrativa a seguir:

[...] psicólogo observa a menor implicação da equipe em relação a crianças e adolescentes, refletindo sobre aspectos que podem estar relacionados. Exponho reflexões relativas à percepção sobre a criança como incompreensível, assim como outros casos em que a expressão do sofrimento não passa pela palavra unicamente. A equipe observa assim maior necessidade de apropriar-se dos cuidados relativos à infância e adolescência. Psicólogo explicita ainda a necessidade de treinar, capacitar a sensibilidade para a escuta do não dito. (Segunda reunião de análise – Parte 2).

Na continuidade da análise das ações de cuidado desenvolvidas, conversamos sobre os dados reativos ao uso de medicação, observando o alto índice de usuários que usam medicação. A equipe observa também a perpetuação do uso de medicação em muitos casos. Apesar disso, a equipe se surpreende com o dado, pois, no seu imaginário, 100% dos usuários faziam uso de medicação.

Proponho reflexões quanto a isso, expondo a percepção de que a medicação ocupa o carro chefe dos cuidados, e como, muitas vezes, não se consegue pensar os cuidados sem a medicação. A equipe corrobora tal percepção, entendendo que o serviço opera como ambulatório e não como CAPS, pois não consegue ofertar a atenção intensiva que muitos casos demandam, e o recurso médico/psiquiátrico acaba sendo utilizado como estratégia para lidar com os casos mais graves. Observo que muitos pacientes fazem uso de medicação desde antes da inauguração do CAPS, conforme arquivos dos prontuários, tal aspecto provoca a equipe a pensar na forma como a medicação passa a ser permanente e não utilizada apenas em casos agudos, sob o pretexto de que o caso pode piorar. O psicólogo discute sobre a necessidade de olhar para os aspectos subjetivos e sociais,

considerando que acontecimentos da vida do sujeito podem vir a fazê-lo necessitar do suporte medicamentoso, mas que isso não significa que tal suporte seja necessário sempre, trazendo o exemplo de um caso em que o usuário teve uma melhora significativa em determinado momento da sua vida, quando deixou de usar medicação e se manteve bem até a ocorrência de um acontecimento traumático, mas a piora do quadro não se deveu à interrupção no uso de medicação. (Segunda reunião de análise – Parte 1).

A partir do diálogo sobre o uso de medicação foi possível trazer à tona a interlocução com os direitos humanos, como evidenciam as narrativas a seguir:

Junto a isso, coloco em análise a garantia dos direitos do sujeito, pensando como a medicação acaba violando alguns direitos, como a autonomia e cidadania, visto que o usuário acaba tornando-se dependente do psicofármaco, reduzindo-se sua singularidade e aspectos subjetivos aos aspectos biológicos, de modo a invisibilizar a importância dos vínculos sociais, por exemplo. Proponho refletir ainda sobre os novos moldes do manicômio hoje, visto que o CAPS acaba tendo como centralidade a figura do médico e da medicação, que funcionam como contenção química e não necessariamente como reinserção psicossocial. Nesse sentido são trazidas discussões acerca da desinstitucionalização e do surgimento dos CAPS. São trazidas também questões acerca do olhar sobre a noção de sujeito e a forma como isso impacta em nossas práticas e na noção sobre o trabalho de CAPS. (Segunda reunião de análise – Parte 1).

Nesse aspecto, reflete-se sobre a autonomia do sujeito, e sobre as formas como se possibilita que o sujeito lide com o seu sofrimento. A equipe fala sobre a medicação como um acomodamento, observando também a dificuldade do psiquiatra em retirar a medicação, visto que ele mantém os pacientes fazendo uso de medicação durante vários anos, e durante todo o tratamento que o usuário realiza no CAPS. Falamos ainda sobre o medo de que o paciente piore devido a retirada da medicação. Observa-se também algumas falas de pacientes que referem sentir medo de iniciar acompanhamento psiquiátrico por, possivelmente, precisarem fazer uso de medicação durante toda a vida, tornando-se dependentes. Nesse sentido, reflete-se sobre as formas como o serviço torna os pacientes dependentes do CAPS. (Segunda reunião de análise – Parte 2).

Outro aspecto analisado refere-se às internações. Diante dos dados relativos a isso, a equipe expõe que a busca por internação, especialmente nos casos de dependência química, mostra-se um fenômeno com raízes culturais, sendo essa a estratégia conhecida pela população para lidar com o sofrimento. A equipe percebe que houve avanços nesse sentido, e considera que houve diminuição dessa demanda ao longo dos anos. A discussão acerca das internações fez pensar também nas estratégias de cuidado que a equipe desenvolve para lidar com a dependência química, e o direito do tratamento em liberdade, como explica, de modo mais detalhado, o fragmento abaixo:

No que se refere aos indicadores relativos a internações, chama a atenção o alto índice de internações de dependentes químicos. Pontua que este dado pode refletir a dificuldade em lançar mão de outros dispositivos para lidar com a dependência química, visto que tal aspecto é também um dos maiores desafios da reforma psiquiátrica. Trago também considerações sobre a violação do direito ao tratamento em liberdade para usuários dependentes químicos. A equipe fala sobre as internações para desintoxicação, bastante recorrentes entre os dependentes químicos e dificuldade em ofertar outros recursos. Observo o quanto a prática do serviço está alinhada à lógica da abstinência e pouco observa pressupostos da redução de danos. Psicólogo refere que teve que adaptar sua prática ao paradigma da abstinência devido à dominância dessa lógica por parte da equipe, considerando que operar em outro paradigma tornaria o trabalho fragmentado. Reflete-se especialmente sobre a dificuldade em ter uma boa relação com os médicos da equipe nesse sentido. Outro aspecto levantado refere-se à forma como os pacientes se colocam, operando na lógica da abstinência, validando pouco a redução de danos, o que evidencia, segundo o psicólogo, a necessidade de trabalhar esse paradigma com os usuários. (Segunda reunião de análise – Parte 2).

Discutiu-se ainda acerca do manejo à crise ao pensar na questão das internações. Isso porque, a equipe observa o movimento de recorrer à internação ou ao médico nos casos de maior gravidade, desconsiderando a possibilidade de outras estratégias terapêuticas inventivas. O discurso da equipe recentra-se sobre a indisponibilidade da figura médica em muitas situações de crise, depositando neste fenômeno a dificuldade em manejar situações de crise. Diante disso, fez-se necessário pontuar que não apenas os recursos médicos podem ser usados no manejo, mas também a escuta, que se constitui ferramenta importante para compreender o significado da crise e suas implicações. Diante disso, a equipe percebe a necessidade de estudar sobre a temática de modo a instrumentalizar-se.

Observa-se ainda que os dados sobre as internações mobilizaram a pensar nas situações em que o CAPS coloca-se à serviço da lógica hospitalar, mencionando-se situações em que o serviço internou pacientes devido ao pedido do hospital em função de vagas sobrando, sobre as quais não receberiam verba se o leito ficasse desocupado. Para evitar essas situações, a equipe pensa na construção coletiva de protocolos.

Focando o olhar sobre as possíveis interlocuções com os direitos humanos, desenvolveram-se os seguintes pontos:

O psicólogo manifesta a evidente necessidade de ampliar discussões sobre direitos humanos, mencionando a complexidade desse campo e a pouca apropriação da equipe quanto a isso nas práticas. De modo complementar, pontua que o alicerce das políticas públicas é a garantia de direitos humanos, considerando que elas foram desenvolvidas diante de graves violações de direitos humanos. O psicólogo observa que o serviço não faz

graves violações de direitos, no entanto observa que torna mais difícil a garantia de direitos quando opera em uma lógica que impede a autonomia e torna os usuários dependentes do serviço. Nesse sentido, pontua que a garantia dos direitos humanos é dificultada quando o serviço opera em uma lógica manicomial. (Segunda reunião de análise – Parte 2).

Outro elemento importante refere-se às dificuldades observadas pela equipe em evoluir na lógica de CAPS, dentro da Reforma Psiquiátrica.

Em dado momento, a gestora traz considerações sobre o funcionamento do CAPS que se mantém igual desde sua abertura, quando o serviço funcionava junto ao hospital, visto que ela está inserida no serviço desde aquele período. Procuro refletir sobre o processo de amadurecimento da reforma psiquiátrica e sobre o serviço do CAPS, pensando que neste momento se fazem pertinentes essas questões, que precisam ser olhadas e revistas. (Segunda reunião de análise – Parte 1).

5 TECENDO BORDAS E AMARRAÇÕES



Analisando a primeira categoria, intitulada “Construção de indicadores e planejamento: tecendo linhas de cuidado”, é possível construir algumas reflexões acerca dos processos da equipe e gestão tendo em vista os dados. Num primeiro momento, chama a atenção que os dados sociodemográficos fazem pensar no processo de preenchimento dos prontuários, momento em que a equipe se dá conta do seu retrabalho, reescrevendo várias vezes a mesma informação e, ao mesmo tempo, a falta de outros dados que seriam importantes. Nesse sentido, observo que, possivelmente, o momento da reunião de análise tenha sido um dos primeiros espaços de problematização e olhar acerca do preenchimento de prontuários, considerando sua importância e seus reflexos no trabalho. Talvez isso tenha sido possível devido ao lugar de destaque construído para os dados em virtude da pesquisa, o que impulsionou a equipe a repensar também seus processos. Junto a isso, observo que, no primeiro momento, foram os processos de trabalho que puderam ser analisados e não propriamente os dados.

Posteriormente, percebo que as reuniões de análise possibilitaram a construção de um lugar de sentido para os dados, olhando-os como indicadores, seja dos processos burocráticos, seja dos processos de cuidado e das configurações sociais e culturais. Nesse sentido, percebo que os diálogos que se desenvolveram deram vistas à falta de dados informatizados desde a fundação do serviço, há mais de 10 anos. Considero que isso pode estar relacionado ao modo como, classicamente, se desenvolve a gestão pública de modo geral, conforme mencionado por FORGEP (s.d.). O documento de formação sobre Planejamento Estratégico Situacional, pontua que a gestão pública atua sem um plano, atendo-se às situações do dia a dia, o que acaba conduzindo a ações improvisadas. (FORGEP, s.d.). Essas considerações remetem a pensar na invisibilidade dos dados em função de estes não se colocarem como uma emergência, tornando-se mera formalidade, esquecidos e arquivados no papel.

Em seu trabalho sobre a construção de indicadores, Jannuzzi (2005) aponta o crescimento do interesse por indicadores na gestão pública, atribuindo isso também

ao processo de controle social desenvolvido desde a Constituição de 1988, visto que o controle social é previsto na legislação do SUS. Ao mesmo tempo, o autor considera os avanços tecnológicos como impulsionadores importantes no que se refere à geração de dados e estatísticas. “Dados cadastrais antes esquecidos em armários e fichários passam a transitar pela Internet, transformando-se em informação estruturada para análise e tomada de decisão”. (JANNUZZI, 2005, p.18). No entanto, ao olharmos para a realidade do serviço tomado como lócus de pesquisa, pode-se pensar que há diferentes perspectivas acerca desses avanços, visto que em alguns locais essa construção dos indicadores ainda se encontra em um estágio bastante inicial, ou ainda não está em curso.

Outro aspecto para o qual Jannuzzi (2005) chama a atenção refere-se ao papel dos indicadores na gestão pública, balizando seu impacto em diferentes momentos da construção de programas e sua avaliação. E, nesse sentido, penso que os dados coletados na presente pesquisa e, posteriormente transformados em indicadores, possibilitaram um momento inicial de avaliação do serviço e das suas práticas. Observo que a equipe pareceu demandar este processo, considerando o tempo que foi necessário para analisar os dados, uma vez que foi necessário agendar novo momento de reunião de análise, quando se havia previsto que uma hora e meia de discussão seria suficiente. Ao mesmo tempo, observo a riqueza e amplitude das discussões produzidas, possibilitando à equipe vislumbrar a potência dos indicadores para compreender suas práticas, a população usuária e seu desenvolvimento enquanto instituição.

Convém aqui explicitar o que caracteriza um indicador social. Amparada nas considerações de Jannuzzi (2005), entende-se que especialmente nas políticas públicas, os indicadores sociais são medidas que possibilitam colocar em prática, de modo estratégico e planejado, algum conceito, ideia ou demanda. Destaca-se também que os indicadores permitem planejar e monitorar o desenvolvimento de políticas públicas, assim como possibilitam avaliar condições de uma determinada população, aspectos sociais e políticos. Junto a isso, os indicadores favorecem a investigação, o que pode ser visualizado na presente pesquisa ao observar os processos desenvolvidos pela equipe na reunião de análise que levaram à percepção acerca da construção de um banco de dados para o serviço.

Considerando os indicadores que chamaram a atenção da equipe para uma revisão dos seus processos em relação aos prontuários, atento aqui para o

preenchimento do campo raça/cor. Observo que o serviço não possui indicadores acerca desse dado, visto que quase 100% dos prontuários não possuíam nenhum registro sobre essa informação. Dessa forma, problematizo o lugar que essa informação ocupa, considerando que esse dado gerou várias repercussões na equipe. Observa-se, assim, um processo reflexivo acerca da questão da negritude, permeado de resistências que podem estar relacionadas ao contexto cultural. Ao mesmo tempo, parece haver um processo grupal que mantém a equipe inerte em relação a essa questão crucial. O que considero preocupante, visto que o preenchimento da questão sobre raça permite observar se o serviço cumpre seu princípio de universalidade, possibilitando o acesso à toda população, e não apenas a um determinado grupo. Permite ainda pensar em estratégias de promover maior acessibilidade à população que não tem conseguido chegar ao serviço por diferentes motivos, assim como permite construir estratégias de cuidado sensíveis às demandas e sofrimento da população usuária. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2017).

Alto a isso as considerações lançadas no documento do Conselho Federal de Psicologia, Referências Técnicas para a Atuação do Psicólogo nas Questões Raciais, que propõe como ponto importante de análise o preenchimento do quesito cor, apontando que é bastante comum não haver o preenchimento dessa questão, o que precisa ser olhado e abordado em equipe, tendo em vista possíveis implicações, como a desimportância que os profissionais atribuem a essa questão, o receio de ofender o usuário ao perguntar, ou o evitamento do usuário ao responder tal questão. (CFP, 2017).

Diante disso, pode-se pensar também acerca das condições de preparo para a abordagem desse quesito, tendo em vista que a dificuldade em abordar a questão pode enunciar aspectos de cunho social, individual, bem como certo desconhecimento sobre a autodeclaração dessa categoria, conforme o IBGE. De todo modo, faz-se importante trazer o assunto, possibilitar espaços de fala que propiciem a desmistificação de algumas questões, bem como o desnudamento do preconceito, de modo a favorecer o diagnóstico da discriminação institucional e seu enfrentamento, a sensibilização de gestores e profissionais para o assunto, podendo culminar na formulação de programas e garantia de acesso aos serviços. (CFP, 2017).

Outro aspecto que o olhar para os dados e indicadores impulsiona refere-se necessidade premente acerca do planejamento das ações do serviço. Visando esmiuçar essa questão, lanço mão de alguns autores que abordam o planejamento Situacional Estratégico, concebido por Carlos Matus, que foi ministro da economia no Chile em 1973, e debruçou-se a desenvolver e pesquisar estratégias de gestão governamental. (FORGEP, s.d.). Carlos Matus inova ao desenvolver o Planejamento Estratégico Situacional (PES), devido às singularidades que observa nas políticas públicas, cujas demandas diferenciam-se do planejamento tradicional da indústria, por exemplo. O autor considera como elementos fundamentais: um desejo e ação de transformação do futuro, a ação conjunta dos diferentes atores nesse compromisso, mas também os diferentes interesses que podem estar em jogo, o que pode provocar divergências entre os atores. Além disso, o planejamento estratégico é bastante fluído, podendo modificar-se ao longo do processo, conforme o desenvolvimento das ações e demandas emergentes. Outro aspecto importante refere-se ao equilíbrio que o planejamento promove à instituição, especialmente na continuidade das suas ações a longo prazo. (FORGEP, s.d.). Nesse sentido, o planejamento estratégico situacional mostra-se um recurso que possibilitaria à equipe maior aproximação de seus objetivos, bem como o aprimoramento das ações de cuidado em conformidade com os pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Para auxiliar a pensar sobre o Planejamento Estratégico Situacional, utilizo-me das considerações de Tonini (2005), cujo estudo considerou a aplicabilidade do PES para a Reforma Psiquiátrica. A autora pontua que o PES atua sobre o presente, permitindo facilitar a identificação dos entraves que se colocam no desenvolvimento dos serviços de saúde, possibilitando conhecer e selecionar aqueles que necessitam de maior prioridade. Destaca-se que o planejamento envolve não apenas os gestores, mas todos os atores envolvidos.

Observando a teoria de Matus, Tonini (2005) descreve o triângulo de governo, evidenciando a articulação entre três questões: o projeto de governo, que refere-se ao problemas escolhidos e respectivas formas de enfrentamento; a capacidade de governar, que engloba as capacidades dos gestores; e a governabilidade, que abarca as relações de poder e as percepções acerca dos aspectos sobre os quais existe controle e sobre os quais não, bem como o olhar sobre os diferentes atores que compõem determinada situação, observando-se as possibilidade de operar. (TONINI, 2005).

A autora explicita ainda que o percurso metodológico do PES é composto por quatro momentos que não possuem uma ordem e não necessariamente são divididos em etapas, visto que são complementares e, por vezes sobrepostos. O primeiro momento consiste no momento explicativo, que envolve olhar para o presente, para a realidade que se coloca, mas também para os antecedentes, considerando os aspectos teóricos. Na presente pesquisa, observa-se que os caminhos percorridos pelos CAPS ainda não tornaram possível a inclusão da construção de indicadores, tornando ainda mais difícil olhar para o presente e para o passado. Ao mesmo tempo, observo que as reuniões de análise constituíram-se aproximações ao momento explicativo na perspectiva do PES, visto que possibilitaram vislumbrar um diagnóstico inicial do funcionamento do serviço.

O segundo momento é o normativo, que conforme exposto por Tonini (2005), envolve o elencamento das ações pensadas para aproximar-se das mudanças desejadas. Observo que tal momento se fez presente também nas reuniões ao serem levantadas, de forma muito inicial, as ações entendidas como necessárias para viabilizar transformações no processo de trabalho e funcionamento do serviço.

Pensando sobre o terceiro momento, o estratégico, este envolve o olhar para os recursos e movimentos necessários para desenvolver as ações, bem como a identificação das limitações. Observo que este momento foi lançado para a equipe a partir das reuniões de análise, enquanto continuidade da pesquisa-ação pela equipe.

O quarto momento, é o tático operacional e envolve a execução das ações pensadas. Inclui ainda o olhar para a avaliação da execução e possível reestruturação da ação e operacionalização. (TONINI, 2005).

A partir dessas considerações iniciais acerca do PES, considero que este constitui-se importante recurso para viabilizar uma cultura de planejamento do serviço, que precisa incluir os usuários e familiares, mas também os gestores municipais, pensando-se na iminência do planejamento enquanto ferramenta que focaliza também a articulação entre os diferentes setores. (TONINI, 2005). Tendo isso em vista, o PES viabiliza o desenvolvimento das ações de saúde mental em maior consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica, implicando inclusive a relação com os demais dispositivos da rede, o que nos permite avançar para a segunda categoria temática que será analisada a seguir.

Na categoria nomeada “Emaranhamentos e furos da rede: quando o cuidado escapa”, evidenciam-se algumas relações com outros serviços da rede de cuidado

do município. Aparece, de modo especial, o emaranhamento com a atenção básica, visto que as demandas acabam se sobrepondo devido ao modo como se organizam os atendimentos psiquiátricos. Tal aspecto gera uma demanda excessiva para o serviço, ao mesmo tempo em que sobrecarrega alguns profissionais e inviabiliza o atendimento a situações mais graves com a atenção necessária. Observo que a equipe demanda visualizar por meio de dados o impacto dessa forma de organização e, ao falarmos nesses dados, produz-se certo espanto. Aqui, mais uma vez, pode-se perceber a necessidade e urgência na construção de um planejamento para o serviço, em parceria com a gestão municipal, entendendo que os reflexos do atual modelo de organização impactam em outros aparelhos da rede.

Um desses impactos que percebo na prática cotidiana, enquanto profissional da equipe, refere-se ao lugar que o CAPS ocupa como único espaço de ações de saúde mental. Observo que parece haver um distanciamento dos demais pontos da rede em relação à saúde mental. Tal percepção vai ao encontro dos achados de Eslabão et al., (2017), que observam em seu estudo com gestores de Estratégias de Saúde da Família (ESF), que existem movimentos na construção do cuidado em rede, mas ainda há muito a se caminhar nas trocas entre CAPS e ESF, visto que o cuidado acaba se desenvolvendo majoritariamente no interior dos CAPS.

Diante disso, faz-se importante retomar o papel da atenção básica na construção do cuidado, tendo em vista que esta tem como norteadores o trabalho no território de modo a consolidar o vínculo com as famílias, o acesso universal e o conjunto de ações voltadas para a prevenção, promoção e reabilitação. (ESLABÃO et al., 2017). Além disso, o paradigma da atenção básica volta-se ao olhar para o indivíduo na sua integralidade, seus laços sociais e não puramente na visão biomédica, o que possibilita um olhar ampliado para os processos de saúde-doença, uma vez que considera os diferentes saberes, formais e informais, bem como diferentes recursos de enfrentamento, desde os técnico-científicos até os saberes comunitários e tradicionais. (ESLABÃO et al., 2017).

Sabe-se também que a atenção básica é, em muitos casos, o ponto de entrada do usuário na rede, e, dessa forma, ali se apresentam importantes demandas de saúde mental. Por vezes tais demandas produzem certo mal-estar ou desamparo quanto aos recursos para lidar com situações tão complexas. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008). Em consonância, Eslabão et al. (2017) apontam que o diálogo entre ESF e CAPS é elementar para a produção do cuidado em saúde

mental, assim como favorece o desenvolvimento de recursos para os profissionais da ESF, de modo a promover a continuidade do cuidado.

Tendo isso em vista, entendo que no emaranhamento entre CAPS e atenção básica identificado nesta pesquisa, parecem haver nós que se referem ao desconforto e dificuldades na atenção aos casos de saúde mental na atenção básica, e, ao mesmo tempo, o movimento do CAPS pode estar refletindo um modelo centralizado, de modo que ainda não consegue realizar uma articulação potente no território e na rede, como também pontuam Bezerra e Dimenstein (2008, p. 642):

Se, por um lado, o CAPS ocupa um lugar de destaque na reorganização da assistência em saúde mental, por outro, pouco se investiu para que a rede básica acompanhasse os avanços da área de saúde mental em sua trajetória de transformações tecnoassistenciais. Entretanto, essa dicotomia traz desdobramentos importantes tanto para a configuração do SUS enquanto sistema unificado e integral como para a eficácia da rede básica e dos serviços substitutivos, dada a necessidade de estabelecer articulações necessárias para uma atenção resolutiva em saúde mental.

De modo a esmiuçar as questões relativas ao trabalho em rede, exponho algumas contribuições de Bezerra e Dimenstein (2008) que versam sobre aproximações entre a Atenção Básica e CAPS. As autoras explicitam que o CAPS ocupa lugar estratégico nas ações de saúde mental e que poderia ocupar um papel mais ativo na articulação da rede. Observam que os CAPS acabam sofrendo as consequências das fragmentações nas políticas públicas, o que se evidencia, por exemplo, no sistema de encaminhamento por referência e contra-referência. Nesse sentido, propõe-se como alternativa o apoio matricial, enquanto recurso facilitador para a articulação dos serviços, discussão dos casos, definição de fluxos e planejamento, isso porque o modo de trabalho em rede exige mudanças na forma de gestão e nas formas de trabalho.

Junto a isso, destaca-se que a partir dos entrevistados na pesquisa de Bezerra e Dimenstein (2008), o apoio matricial propicia maior resolutividade, estimula o trabalho em rede, ampliando também as articulações com o território, possibilitando a troca de saberes e a co-responsabilização pelo cuidado em saúde mental. Observo, a partir das minhas vivências, que no CAPS em questão nesta pesquisa, o matriciamento ainda está sendo instituído na rede, havendo resistências, e, por vezes, falta de abertura das equipes de atenção básica para o apoio matricial.

Mas, certamente, o matriciamento constitui-se ação potente que viabiliza que alguns nós da relação entre atenção básica e CAPS possam ser desatados.

Outra problematização que surge, a partir das minhas reflexões sobre os enunciados desta categoria, refere-se ao lugar que a questão do emaranhamento dos atendimentos psiquiátricos ocupa na equipe. Isso porque, em vários momentos, a discussão parece redundar nesse aspecto, impossibilitando a equipe de pensar suas próprias ações, depositando nesse emaranhamento e na sobrecarga a justificativa para vários de seus processos. Chama a atenção, por exemplo, a falta de olhar para a possibilidade de que alguns dos usuários que são atendidos somente na parte médica possam ter alguma resistência quanto a outros atendimentos, mas ainda assim, possuem demanda de sofrimento psíquico intenso, com prejuízos funcionais. Outras vezes, pode-se refletir se o acompanhamento restrito à figura médica pode estar denunciando um acomodamento em certos casos, dadas algumas resistências ou a necessidade de desenvolver um trabalho mais intensivo em rede e de reinserção social. A partir dessas observações, reflito sobre as colocações de Bezerra e Dimenstein (2008) que apontam a necessidade de planejamento e reorganização do CAPS, como modo de construir possibilidades de cuidado compartilhado em rede, sendo essa uma saída possível para a sobrecarga, entendendo que o modo de operar do CAPS precisa contemplar ações de ampliem o cuidado para outros pontos da rede.

Outro aspecto que se destaca refere-se aos tensionamentos entre o CAPS e a assistência social, visto que a equipe manifesta certo desconforto quando menciona dados sobre nossas interlocuções com o setor. Os não-ditos que se enunciam nesse momento podem expressar também a parceria que o serviço gostaria de alçar com o setor, porém parecem surgir alguns percalços. De todo modo, o dado relativo à maioria das interlocuções do serviço serem com a assistência social, denota a articulação necessária entre os serviços, pensando nos diferentes olhares sobre o sujeito, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Da mesma forma, dados sobre o tempo de acompanhamento no serviço motivaram reflexões acerca da dificuldade de articulação com a rede, entendendo que em muitos casos o usuário poderia ser acompanhado em outro espaço da rede, como espaços de convivência, por exemplo.

A partir do exposto até o momento, observo que os emaranhamentos e furos da rede podem engendrar práticas de descuidado, havendo um desgaste do usuário

que se perde entre os diferentes pontos. Diante desse cenário, tornam-se necessárias costuras e desnodamentos, de modo a possibilitar que a rede funcione como cuidado, cumprindo seu papel de atendimento ao usuário e sua família, considerando a complexidade dos cuidados necessários, atentando para o contexto de vida do sujeito, de modo que se garanta o olhar integral e não a fragmentação em diferentes setores. (ESLABÃO et al., 2017).

Ainda como possibilidade de análise das elucubrações desta categoria temática, é importante refletir sobre o trabalho em rede como espaço democrático, construído pelos atores do SUS. Nesse sentido, reforça-se a necessidade de que cada profissional tenha autonomia e disponibilidade para atuar de modo a reforçar os princípios do SUS. Destaca-se que o trabalho em rede é fundamental, a fim de efetivar o direito à saúde. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008).

Na terceira categoria temática, “Linhas de captura: direitos esquecidos”, são abordadas questões relativas às capturas do CAPS, pensando nas ações e processos que inviabilizam o funcionamento do CAPS como tal, e engendram uma lógica manicomial ou, por vezes, ambulatorial. Nesse sentido, destaca-se, num primeiro momento, entraves que a equipe percebe em relação ao trabalho de reinserção social, o que deveria ser um dos fundamentos do trabalho do CAPS. Dados relativos ao tempo de acompanhamento no serviço mobilizaram a equipe a pensar na cronificação dos usuários e também na dificuldade do serviço em operar buscando construir junto ao sujeito uma rede fora do CAPS. Dessa forma, os usuários são inseridos no serviço sem uma previsão ou plano de alta. Tendo isso em vista, observo que o CAPS pode acabar ocupando um lugar na vida do usuário que deveria ser ocupado pela rede informal, pelos vínculos sociais. Ao encontro dessas discussões, Mielke et al. (2011) abordam, a partir das explanações de trabalhadores de um CAPS, que o acompanhamento precisa ser projetado tendo início, meio e fim, o que significa que a alta é um recurso importante e que faz parte do tratamento, mas não pode constituir-se como único espaço de troca social que existe na vida do sujeito. Os autores consideram ainda que a dependência do usuário ao CAPS acaba constituindo-se uma extensão da lógica hospitalar cronificadora.

Nas discussões das reuniões de análise surgem importantes reflexões acerca do contexto sócio-cultural da cidade, evidenciando-se os reflexos disso nas formas de sofrimento que se enunciam, enfatizando-se o contexto relativo ao uso de álcool e outras drogas, e o contexto relativo à infância e adolescência. Observo que se

produzem debates relevantes, e, ao mesmo tempo, a equipe depara-se com alguns entraves, como por exemplo, a ausência de espaços de convivência e de cultura no território, a dita rede informal que possibilita a criação de vínculos e o pertencimento àquele espaço. Pode-se refletir ainda se há realmente a inexistência desses espaços, ou se estes não são conhecidos pela equipe.

O estudo de Ferreira et al. (2017) auxilia a pensar essas questões. Durante a experiência de pesquisa em um CAPS III, os autores perceberam que a forma como os profissionais da equipe pensavam e expressavam os cuidados enunciava a centralidade no espaço físico e simbólico do serviço. Diante disso, os autores assinalam a permanência da institucionalização em uma nova roupagem, apesar de as políticas relativas ao CAPS terem sido criadas visando à desinstitucionalização. Tendo isso em vista, os autores discorrem sobre as conceituações acerca do CAPS enquanto serviço de base territorial, mas enfatizam a necessidade de que os serviços de saúde mental sejam de base comunitária, incluindo-se não apenas os serviços de saúde, educação, assistência social e outros, mas diálogos também com o território existencial do sujeito, ou seja, o território onde se produz a vida do sujeito, seu bairro, suas relações. Cabe, assim, aos CAPS costurar uma rede de cuidado em consonância à vida e ao cotidiano do usuário. Diante disso, questiono-me como a base comunitária pode ser construída quando o serviço opera apenas dentro do seu espaço físico, quando o território vivo é desconhecido. Esses aspectos remetem a pensar também nos dados acerca das visitas domiciliares, visto que aparecem em apenas 10% dos casos.

Novamente, atento para as contribuições de Ferreira et al. (2017), ao observarem quais recursos são acionados e identificados pelo CAPS, considerando o trabalho em rede. Conforme os autores (2017, p. 378):

Na experiência acompanhada, a maioria das referências é para equipamentos públicos, em especial, da saúde, assistência social e educação. Os espaços comunitários e suas estratégias de produção de vida são, em sua maioria, invisibilizados. Os profissionais conhecem muito pouco da vida pulsante no território, no qual são referência em saúde mental. Onde há praças? Onde há grupos de mulheres ou associações comunitárias? Onde há grupos de hip-hop, grafiteagem ou skate? Onde há igrejas e grupos religiosos? Onde há “boca de fumo”, prostituição e violência?

Abordam-se, ainda, as implicações que a desconsideração do território vivo tem na construção do cuidado, tendo em vista que o sucesso da Reforma

Psiquiátrica envolve a reinserção social, viabilizando que o sujeito possa realizar trocas, sentir-se incluído no local onde vive, de modo que seja possível exercer sua cidadania. Nesse sentido, a produção de cuidado é também produção de vida nos diferentes espaços e não apenas no CAPS, pois, do contrário, o que se coloca é uma nova versão da institucionalização. Pode-se refletir, então, acerca do trabalho a ser realizado do ponto de vista social e cultural, para que a loucura possa ser acolhida de modo a olhar para o sujeito na sua integralidade, e de modo que não ocupe mais o espaço de marcador da exclusão. (FERREIRA et al., 2017).

Outro ponto que impulsionou discussões em reunião de análise relativas à reinserção social diz respeito às oficinas e a forma como estas se desenvolvem no serviço. Fica evidente um modelo fragmentado, especialmente porque os oficineiros parecem constituir-se um setor à parte dentro do serviço, atuando individualmente, havendo poucas trocas com a equipe. Com isso, parece perder-se a dimensão e significado das oficinas no CAPS. Seriam um passatempo? Uma forma de ocupar a mente? O que torna uma oficina terapêutica? É possível construir o cuidado em espaços desarticulados do restante do serviço?

Observo que a equipe consegue repensar a forma como as oficinas se configuram no serviço, vislumbrando seu papel fundamental na construção da reinserção social e no exercício de cidadania. Pode-se refletir acerca da captura que envolve as oficinas quando estas tornam-se um fim em si mesmas, sem serem consideradas como instrumento que impulsiona o usuário a construir vínculos no espaço social fora do CAPS. Nesse sentido, pode-se pensar sobre a institucionalização que as próprias oficinas acabam por engendrar, visto que, conforme abordado em reunião de análise, há usuários que estão há muitos anos na mesma oficina, de modo que se constitui um vínculo de dependência, ao invés da pretendida construção da autonomia. A autonomia é aqui entendida como dimensão da reinserção social, propiciando que o usuário consiga construir vínculos fora do serviço, dependendo cada vez menos dos dispositivos formais. (MIELKE et al., 2011).

Olhar para as oficinas remeteu a equipe a refletir também sobre a indicação terapêutica: o que indica, ao considerar o quadro do usuário, que a oficina pode ser um meio potente de cuidado? Basta a identificação do usuário com o que é desenvolvido na oficina? O foco deve centrar-se sobre os processos ou sobre o produto? Parece haver uma inversão da lógica em que o CAPS precisa operar

quando, em reunião de análise, surge a consideração de que uma das oficinairas realiza o trabalho no lugar dos usuários, a fim de garantir que o produto seja bem feito. Talvez se opera então mais uma lógica de aprisionamento, colocando o sujeito no lugar de incapacidade, do que a lógica da promoção de autonomia.

Corroborando a isso, Guerra (2008), por meio de sua pesquisa com oficinairos, identifica alguns discursos que se fazem presentes, como o discurso do déficit, que coloca o sujeito no lugar de incapaz. Nesse sentido, a função das oficinas seria apenas entreter, colocando o portador de sofrimento psíquico como inferior a outras pessoas, incapaz de estabelecer vínculos e convívio social. Dessa forma, o trabalho da oficina seria exclusivamente ocupar o tempo. Em contrapartida, o discurso da cidadania, conforme Guerra (2008), consiste na reinscrição do sujeito na ordem social e política, entendendo o sujeito em sofrimento psíquico na sua dimensão de cidadã, e como sujeito de direitos. Aqui, o papel da oficina consiste muito mais em favorecer a cidadania através do desenvolvimento de habilidade e do convívio social, e também a construção de uma cultura que inclua a diferença. (GUERRA, 2008). Nesse sentido, observo que se fazem necessários alguns avanços na perspectiva da cidadania e inclusão por meio das oficinas no CAPS lócus desta pesquisa.

Faz-se relevante pensar também acerca da construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), observando se este é planejado, construído em parceria com o usuário, pensando nas suas demandas, ou se, ao contrário, o usuário precisa encaixar-se nas possibilidades do serviço, nas agendas e horários. Chama a atenção que, em reunião de análise, a equipe percebe que não constrói o PTS, sendo este um aspecto elucidativo das formas como o cuidado é pensado no serviço. De acordo com Ferreira et al. (2017, p. 380),

Na realidade vivenciada, a construção de PTS, muitas vezes, limita-se à oferta do cardápio de ações disponíveis no serviço. Assim, é o usuário que se adequa ao que o serviço tem a oferecer, e não o contrário, no sentido de o serviço buscar produzir ações específicas para necessidades singulares dos usuários. Nesta adequação institucionalizante, parece correr o risco do abafamento dos desejos e dos diferentes modos de subjetivação. A equipe do CAPS, por vezes, encontra-se capturada pela rotina do serviço, limitando as ações do PTS nos espaços institucionais, desconsiderando a potencialidade do território que aquelas pessoas vivem, com vista ao cuidado em redes.

Como cuidado em consonância à produção de vida, os autores expõem a necessidade de que a construção do PTS abarque o território vivo e suas relações com a comunidade. Com isso, torna-se possível construir linhas de fuga à lógica institucionalizante que ainda opera no funcionamento dos CAPS.

Aproximo a essa discussão o olhar para o acompanhamento familiar, tendo em vista a precariedade de tal acompanhamento no CAPS, lócus deste estudo. Penso que esse dado pode refletir a forma individualizante como ainda olhamos para os processos de saúde-doença, enfocando apenas o indivíduo, de forma desarticulada ao funcionamento familiar e seu contexto. Reflito sobre as heranças asilares que podem estar em jogo, visto que o esquema de internamento asilar funciona na perspectiva de excluir o indivíduo “problemático”. Em consonância a isso, Lucena (2015) aborda que o modelo manicomial cindia o vínculo do sujeito com a família, retirando-o do seu contexto. Todavia, a partir do seu estudo com usuários da RAPS, a autora pontua que a inclusão dos familiares, que foi uma grande conquista da Reforma Psiquiátrica e da luta antimanicomial, tem sido esquecida. Frente a isso, ressalta-se o papel fundamental dos familiares na gestão do cuidado e nas decisões relativas às políticas públicas de saúde mental. (LUCENA, 2015).

Destaca-se, ainda, que a família se constitui a “rede primária” do usuário, visto que para tornar possível a construção de vínculos na comunidade, faz-se importante olhar para os vínculos nesse primeiro âmbito de cuidado do sujeito. Assim, a família tem importante função propulsora para o trabalho no território existencial do sujeito. Entende-se que olhar para a família envolve pensar o sujeito não apenas individualmente, mas sim enquanto coletivo, nas suas relações e interlocuções com outras pessoas. (LUCENA, 2015).

Ao olharmos para o contexto da infância e adolescência, entretanto, encontra-se um panorama diferenciado em relação ao acompanhamento familiar, visto que há maior investimento no olhar para a família neste contexto. Ao mesmo tempo, pode-se perceber que o cuidado às crianças e adolescentes fica restrito aos profissionais psicólogo e psiquiatra, o que possibilita refletir acerca do lugar que esse grupo ocupa no CAPS, como seus cuidados são pensados e como os demais profissionais entendem o atendimento a essa população. Observo ainda o desafio que se constitui a abrangência do CAPS I, pensando em populações que demandam diferentes formas de cuidado, o que pode requerer maior apropriação dos profissionais em relação às demandas de cada grupo populacional – saúde mental,

infância e adolescência e dependência química, o que torna necessário o entendimento das diferentes formas como o sofrimento psíquico se apresenta, bem como a criação de diferentes estratégias de cuidado.

Todavia, apesar disso, observa-se que há algumas estratégias que parecem comuns a todas as formas de sofrimento, como o uso de medicação. Chama a atenção o alto índice de usuários que fazem uso de medicação, e, de acordo com as observações da equipe, esse uso acaba sendo contínuo. Diante disso, corre-se o risco de incorrer em uma prática que invisibilize o ser humano e sua singularidade, considerando apenas os aspectos biológicos. (LUCENA, 2015). Nesse sentido, chama a atenção o exemplo que o psicólogo relata na reunião de análise, descrevendo a situação de um usuário que deixou de usar a medicação, e tempos depois, devido a um acontecimento da vida, teve uma nova crise, o que foi atribuído à falta da medicação. Observa-se nessa situação como o foco sobre o sujeito passou a ser a questão sobre fazer ou não o uso de medicação, desconsiderando-se todos os outros aspectos que incluem a vida e o contexto do sujeito.

A partir disso, pode-se pensar nas estratégias de controle que operam de modo predominante, impedindo a produção desejante do sujeito. Observa-se a dependência que se produz ao inserir o usuário no circuito medicamentoso. Ao mesmo tempo, também a equipe parece estar dependente da medicação e do poder médico diante de situações de maior gravidade, por exemplo.

A medicalização pode refletir também a manutenção de práticas que alienam o sujeito da implicação no seu tratamento, visto que não é ofertada a possibilidade de construção das estratégias de tratamento em conjunto com o usuário. Em consonância, Lucena (2015) aponta as vivências de usuários da RAPS que participaram do seu estudo, enfatizando o lugar em que foram colocados no tratamento, enquanto meros receptores e não enquanto protagonistas, como pensado na luta antimanicomial. Desse modo, Lucena (2015) atenta para o processo simplificador que consiste em reduzir as estratégias de tratamento à medicação, impossibilitando que o sujeito lide com seu sofrimento e encontre na sua história as possibilidades para criar outros modos de vida. As reflexões produzidas em reunião de análise aproximam-se dessas perspectivas, visto que a equipe se dá conta do processo alienante em que a medicação pode colocar o usuário, especialmente, enquanto dependente do serviço e da medicação.

Olhar para a relação com a medicação faz pensar também em práticas totais, visto que, o aprisionamento não se dá em um local físico, como o manicômio, uma instituição total, mas o aprisionamento ainda acontece quando se desconsidera produção desejante, a autonomia, o poder de escolha e estratégias de produção de vida. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014). Corre-se o risco de enclausurar no CAPS, de empobrecer as relações e as possibilidades de vida: “Liberta-se o sujeito do asilo, mas não da normalização dos processos de vida e da universalização de formas de sentir, agir e pensar”. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014, p. 693).

Ampliando a reflexão acerca da medicalização, Ferreira et al. (2017), fazem considerações acerca da institucionalização, observando que seus desdobramentos vão além da estrutura manicomial. Nesse sentido, a medicalização pode ser pensada como prática manicomializante que opera no CAPS e constitui-se uma força que mantém o funcionamento do serviço operando nos moldes do controle, tornando-se também obstáculo para a produção de outros modos de cuidado, inclusive no cuidado à crise. (FERREIRA et al., 2017).

Para a equipe do CAPS desta pesquisa-ação, o atendimento à crise parece estar ligado à figura médica, depositando-se no psiquiatra o poder para manejar as situações de crise. Nesse sentido, reflito acerca da noção de crise que se enuncia na equipe e quais as possibilidades de intervenção, além da medicação, vista como recurso exclusivo. Esse aspecto é corroborado por Lucena (2015), que identifica, a partir das falas dos familiares, que o CAPS aparece em segundo plano no que se refere ao atendimento à crise. A principal forma de enfrentamento à crise ainda está relacionada à emergência psiquiátrica, especialmente o hospital. Destaca-se ainda que o sofrimento é encarado como agressividade que necessita ser contido por força policial e pelos recursos medicamentosos. (LUCENA, 2015).

Nesse ínterim, cabe analisar também o alto índice de internações para usuários que realizam acompanhamento em função da dependência química. Esse dado chama a atenção por ser um rompante em relação aos demais grupos – saúde mental e infância e adolescência. A equipe reflete acerca dos processos culturais, percebendo que a população deposita na internação a centralidade do cuidado, em especial nos casos de usuários de álcool e outras drogas. Contribuindo com essa discussão, lanço mão dos apontamentos de Lucena (2015) acerca da defasagem no desenvolvimento de perspectivas no cuidado às pessoas usuárias de álcool e outras drogas, especialmente no que diz respeito aos moldes da desinstitucionalização.

Tendo isso em vista, observa-se que a RAPS acaba incorporando aparelhos como as Comunidades Terapêuticas que atuam na contramão dos ideais da Reforma Psiquiátrica, pautando sua prática em valores religiosos, na reclusão e segregação, reatualizando o modelo manicomial. (LUCENA, 2015).

Aproximando a discussão ao olhar para os direitos humanos, a equipe parece não saber o que falar, ficando explícito um período de silêncio. Após, o profissional psicólogo da equipe faz considerações acerca da necessidade de maior apropriação sobre os direitos humanos no serviço, enunciando que a temática é pouco abordada e olhada em nosso cotidiano. Ao mesmo tempo, pontua que o serviço não faz graves violações dos direitos humanos, mas evidenciaram-se várias demandas quanto à garantia de alguns direitos, como por exemplo, a cidadania, a autonomia e o direito ao tratamento em liberdade. Nesse sentido, faz-se premente um retorno aos princípios da Reforma Psiquiátrica, visto que estes foram se atenuando ao longo da constituição do serviço, o que pode ser observado na fala da gestora sobre o funcionamento do serviço se manter nos mesmos moldes desde sua inauguração.

Conforme Emerich, Campos e Passos (2014, p. 694),

O fechamento dos hospícios não soluciona a questão dos direitos dos usuários, por mais que seja o primeiro ponto a ser sacramentado. O exercício do direito por parte dos usuários é aprisionado pela instituição loucura ao longo dos séculos.

Tendo isso em vista, reforça-se que o sujeito de direitos é legitimado a partir de práticas de cuidado que visam os processos de subjetivação, viabilizando o trabalho em rede e na comunidade, possibilitando, assim, a construção de outros modos de vida, em que o usuário possa ser protagonista da sua história. Dessa forma, cabe aos CAPS, a partir da sua práxis consolidar a garantia dos direitos humanos, remetendo-se aos ideais fundantes dessa política. (EMERICH; CAMPOS; PASSOS, 2014).

Enquanto via possível para as práticas que se voltam aos direitos dos usuários, é fundamental que estes possam ser envolvidos de forma ativa na gestão do serviço. Um meio para isso é o exercício de gestão coletiva que as assembleias possibilitam. Destaco que no CAPS desta pesquisa, as assembleias não são colocadas em prática, entretanto, observo a demanda pela construção desse espaço, considerando que a prática que é possível em uma assembleia reflete

também os processos de protagonismo e autonomia que são desenvolvidos no serviço.

Alto a isso as considerações de Figueiró e Dimenstein (2010), que explicitam a importância da inclusão dos usuários e familiares na gestão como recurso para fortalecer o protagonismo, considerando o saber que estes possuem como chave para que o cuidado possa ser pensado de forma que impulse a produção desejante dos usuários. Observo que, a partir das discussões em reuniões de análise, o usuário é pouco considerado nas ações de planejamento de oficinas, atendimentos ou modo de funcionamento do serviço. Considero que promover estratégias de participação da gestão do CAPS configura-se com recurso para viabilizar que o CAPS opere em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da efetivação dos Direitos Humanos, rompendo com a lógica manicomial e ambulatorial que por vezes ocupa esse espaço.

Associo às considerações acerca da gestão que inclua usuários e familiares, alguns pressupostos do planejamento estratégico situacional, considerando que os atores do planejamento estão incluídos na realidade a que se dispõem a transformar. O que se diferencia, por exemplo, do planejamento tradicional em que o indivíduo que planeja atua de modo externo à realidade, o que não faz sentido ao se pensar em práticas de cuidado em saúde mental, que têm como pressuposto a produção desejante e implicação política dos diferentes atores, usuários, familiares, profissionais e gestores. (TONINI, 2005). Destaca-se ainda que o planejamento estratégico situacional implica a redistribuição do poder nas relações, de modo que todos os atores de determinada realidade possam constituir-se como participantes ativos, cujas contribuições auxiliam no entendimento da realidade múltipla que se coloca, permitindo considerar os diferentes fatores envolvidos. (TONINI, 2005).

A partir dessas colocações e também considerando as discussões desta categoria temática, entendo que a construção de um planejamento em saúde mental torna-se recurso fundamental para garantir que as políticas públicas caminhem junto à efetivação dos direitos humanos, fortalecendo os serviços e evitando a captura por práticas manicomializantes ou meramente ambulatoriais. Evidentemente, este processo inclui conflitos entre as diferentes visões sobre o cuidado, assim como ficou visível em alguns momentos desta pesquisa. Considero as elucidações de Tonini (2005), ao abordar que não é suficiente fechar os manicômios e construir outros espaços, mas faz-se necessário desconstruir a cultura manicomial, o que pode

ser um processo entremeado por conflitos e forças opostas. Penso que ações de planejamento e avaliação das práticas desenvolvidas no CAPS possam facilitar o tecimento de malhas de cuidado flexíveis e que estejam em consonância ao contexto dos usuários, bem como consideram sua inclusão e desejo, ensejando os processos de autonomia e cidadania em seu projeto.

Ainda no que tange a dimensão dos direitos humanos, convém olhar para o sujeito e seu contexto social, atentando para o sofrimento enquanto possível sintoma das contradições sociais vivenciadas. A falta de acesso aos direitos fundamentais, como educação, lazer e trabalho, por exemplo, precisam ser considerados enquanto fatores de exclusão e que geradores de sofrimento e adoecimento. Em função disso, faz-se ainda mais elementar que o cuidado em saúde mental inclua possibilidades de assegurar o acesso aos direitos fundamentais, a fim de possibilitar transformações das condições que produzem e mantêm o adoecimento. (NASCIMENTO, 2018).

Observo que este aspecto poderia ter sido mais abordado nas reuniões de análise, o que me faz refletir sobre nossas práticas profissionais. Questiono-me se isso pode estar refletindo um olhar ainda centrado na doença, havendo a dificuldade em pensar a saúde mental e sua conexão com outras dimensões, como a política, econômica, social, cultural, espiritual. (MIELKE et al., 2011). Nesse sentido, considero que urge pensar o cuidado de forma a considerar os processos de subjetivação, entendendo que o sujeito precisa ser olhado na sua integralidade.

6 ACABAMENTOS: NORTEADORES PARA O FUTURO



A fim de tecer alguns acabamentos para presente malha da pesquisa-ação, abordo aqui as linhas que se destacaram, em consonância às ações e encaminhamentos que foram construídos em reunião de análise. Optei por apresentar as ações como possibilidade de finalização, entendendo-as como síntese de alguns processos, e também enquanto horizontes para o futuro, considerando que a pesquisa-ação não se encerra na presente escrita.

A realização desta investigação possibilitou construir um olhar ampliado entre os profissionais do CAPS I sobre as próprias práticas, funcionamento e contexto sócio-cultural, considerando aspectos desde sua inauguração e interlocução com os princípios da Reforma Psiquiátrica e os direitos humanos. Destacaram-se demandas relativas à construção de indicadores e planejamento relativo à gestão do serviço e da rede. Enquanto primeira aproximação de um olhar para os próprios indicadores, considero que foi possível à equipe entender a potência e necessidade de levantar dados relativos à população usuária e ao atendimento prestado. Nesse sentido, as ações pensadas pela equipe foram a reorganização da ficha de dados sociodemográficos do usuário, visto que foi possível aos profissionais observarem a desorganização relativa a algumas informações. Penso que tal aspecto evidencia um passo inicial sobre a construção de uma cultura de planejamento e avaliação do serviço. Junto a isso, outra ação levantada foi a criação e manutenção de banco de dados e também o aprimoramento na forma de preenchimento dos dados relativos à raça/cor, visando a construção de práticas de cuidado em consonância às demandas da população negra, que parece estar invisibilizada.

Junto a isso, entendo que o processo de análise coletiva impulsionou a equipe a pensar a construção das formas de gestão, visto que uma das ações pensadas referiu-se à apresentação dos dados e discussão com órgãos gestores, como gestor municipal e secretária de saúde. Acrescento ainda a necessidade de incluir os usuários e familiares, pois as ações de cuidado precisam envolver no seu planejamento o desejo destes, enquanto protagonistas e não somente como receptores passivos.

Observo que se destacaram também aspectos relativos à organização e interlocução com a rede do município, especialmente quanto a alguns emaranhamentos com a atenção básica. Em minha percepção, um dos reflexos desse emaranhamento refere-se à dificuldade em diferenciar as demandas, podendo implicar em sobrecargas da equipe e a circulação do usuário pelos diferentes pontos da rede. O risco consiste justamente em acabar promovendo o descuido, perdendo de vista o que se faz essencial no que se refere à atenção em saúde mental. Sobre este aspecto, poucas ações foram pensadas pela equipe, sendo levantada unicamente a ação de divisão dos prontuários em CAPS e Psiquiatria, o que penso estar enunciando a demanda da equipe por construir um desnodamento quanto a atuação do psiquiatra abrangendo tanto a população do serviço, quanto outras demandas. Ao mesmo tempo, enquanto profissional incluída nesta equipe, percebo a necessidade de construir outras ações, como o fortalecimento e ampliação do matriciamento, que permite expandir o cuidado em saúde mental, instrumentalizando a atenção básica, construindo diálogos e trocas, de forma que as equipes das Estratégias de Saúde da Família possam intervir em situações no território.

No que se refere às ações de cuidado desenvolvidas no CAPS, observa-se que a equipe reflete acerca da dificuldade em construir ações de reinserção social, incluindo o território vivo do usuário. Ao mesmo tempo, surgem questões relativas à forma como são pensadas as estratégias de cuidado, como as oficinas, a atenção à crise, as internações e o uso de medicação. Fica explícito que em alguns momentos parecem enunciar-se alguns vieses do modelo manicomial, frente ao que se evidencia a necessidade de repensar algumas práticas que foram se consolidando diante das emergências do cotidiano. As ações que foram levantadas quanto a isso foram principalmente relativas a seminários teóricos para apropriar-se de elementos teóricos que pudessem viabilizar posteriores transformações. As temáticas que foram levantadas incluem Plano Terapêutico Singular; Trabalho de CAPS; Noção de sujeito; Oficinas terapêuticas; Atenção à crise; Cuidado em saúde mental na infância e adolescência. Diante disso, observo a premência do desenvolvimento de ações de educação permanente, considerando as demandas da equipe. Ainda enquanto ação em conjunto à realização de seminários teóricos, a equipe indica a construção de protocolos internos que possam ser norteadores para evitar capturas como as internações a serviço do hospital.

Aproximando a discussão sobre as ações de cuidado aos direitos humanos, observa-se que os maiores desafios se referem à atuação do CAPS na reinserção social e, por conseguinte, na promoção do exercício de autonomia e cidadania. Observo também que o ambulatório e o manicômio que habitam no CAPS por vezes engessam algumas práticas, inviabilizando a construção do cuidado em consonância à produção de vida. São malhas rígidas que capturam, excluem e controlam. Como possibilidade de viabilizar outras práticas, ressalto a importância do planejamento estratégico situacional enquanto recurso que torna possível fugir às capturas, incluindo nas estratégias de gestão os usuários e familiares. Penso que esse é um caminho viável para a operacionalização do cuidado em consonância aos direitos humanos, tornando a malha dos cuidados leve e flexível, acolhendo o sofrimento ao olhar para todas as suas dimensões, inclusive sócio-cultural.

Enquanto profissional desta equipe, percebo que também atuo, por vezes, de forma a corroborar as capturas. As demandas do cotidiano parecem impedir o olhar para além da urgência, de forma a viabilizar outros caminhos possíveis. Percebo que o desafio parece maior que nossa capacidade quando olhado por cada profissional isoladamente, mas torna-se um horizonte mais possível quando pensado coletivamente. Nesse sentido, acredito que as reuniões de análise permitiram também um espaço de fôlego e de reflexão que poucas vezes é lançado. Ao mesmo tempo, considero que em alguns momentos pareceu haver um movimento que entendo como a busca de culpados, apontando-se na rede e no funcionamento da parte da psiquiatria os problemas, no entanto, entendo que se faz necessário olharmos para a forma como construímos o cuidado apesar desses entraves. Com isso, percebo que também não é resolutivo colocarmo-nos em uma postura de espera passiva pela solução, permanecendo inertes na sensação de impotência. É preciso agir, seja estudando, avaliando nossas práticas, apontando as demandas para a gestão, seja no atendimento e na forma como construímos o cuidado junto a cada usuário.

Finalmente, espero que o presente escrito possa instigar e contribuir para outras investigações e pesquisas acadêmicas, mas que também possa fomentar os processos reflexivos em práticas de cuidado além do ambiente desta pesquisa. Observo que algumas limitações deste trabalho foram a impossibilidade de gravar as reuniões de análise, e também a impossibilidade de incluir, neste momento, os usuários e familiares, constituindo-se essa uma demanda para a continuidade das

ações desta pesquisa. Enquanto próximos passos, as ações apontadas acima mostram que a extensão da malha de cuidados segue sendo tecida, costurada e descosturada, emaranhada e desemaranhada, produzindo acomodamentos e desacomodamentos, evidenciando sempre a potência da produção do cuidado quando aliada à produção de vida. A Reforma Psiquiátrica não pode ser vista como movimento encerrado, mas sim como movimento que segue, assim como a luta antimanicomial. Cabe-nos buscar recursos que favoreçam a atuação sob a perspectiva dos direitos humanos, de modo a não engendrar práticas de captura que aviltam os direitos básicos.

REFERÊNCIAS

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BEZERRA JÚNIOR, Benilton. É preciso repensar o horizonte da reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 4598-4600, 2011. Disponível em : <<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n12/4598-4600/pt/>>. Acesso em: 18 Fev. 2020.

BEZERRA, Edilane; DIMENSTEIN, Magda. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 28, n. 3, p. 632-645, jul. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932008000300015&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

BRAGA, Cláudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. A continuidade das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes no cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, p. 33-44, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2015.v19n52/33-44/pt/>>. Acesso em: 10 Nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Conheça a Rede de Atenção Psicossocial**. Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CARTA DE DIREITOS E DEVERES DOS USUÁRIOS E FAMILIARES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, 1993.

CIRILO, Livia Sales. **Direitos humanos nos serviços de saúde mental: representações sociais de profissionais**. 2015. 238 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Relações raciais: referências técnicas para atuação de psicólogos/os**. Brasília: CFP, 2017.

CORRÊA, Giovana Camila Garcia; CAMPOS, Isabel Cristina Pires de; ALMAGRO, Ricardo Campanha. Pesquisa-ação: uma abordagem prática de pesquisa qualitativa. **Ensaio Pedagógico**, Sorocaba, v. 2, n.1, p.62-72 jan./abr. 2018.

CORTE INTERAMERICANA DE DIREITOS HUMANOS (CIDH). **Caso Ximenes Lopes versus Brasil**. Sentença de 4 de julho de 2006. Disponível em: <<http://www.corteidh.or.cr/cf/Jurisprudencia2/index.cfm?lang=es>>. Acesso em 04 Abr. 2020.

DEL'OLMO, Florisbal De Souza; CERVI, Taciana Marconatto Damo. Sofrimento Mental e Dignidade da Pessoa Humana: os desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Seqüência: estudos jurídicos e políticos**, Santa Catarina, v. 38, n. 77, p. 197-220, Nov. 2017. Disponível em: <<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6233906>>. Acesso em: 03 Jun 2020.

EMERICH, Bruno Ferrari. Direitos dos usuários em intenso sofrimento psíquico, na perspectiva dos usuários e dos gestores de CAPS. 2012. 196 f. Tese (Mestrado em Saúde Coletiva – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

EMERICH, Bruno Ferrari; CAMPOS, Rosana Onocko; PASSOS, Eduardo. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 685-696, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/icse/2014.v18n51/685-696/pt>>. Acesso em: 07 Nov. 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO (EBC). **Saúde mental**: transtornos atingem cerca de 23 milhões de brasileiros. Publicado em 15 maio 2013. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2013/05/saude-mental-em-numeros-cerca-de-23-milhoes-de-brasileiros-passam-por>>. Acesso em: 21 Nov. 2019.

ESLABÃO, Adriane Domingues et al. Rede de cuidado em saúde mental: visão dos coordenadores da estratégia saúde da família. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e60973, Mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100418&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 Nov. 2020.

FERREIRA, Thayane Pereira da Silva et al. Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 373-384, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2015.v19n52/33-44/pt>>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

FIGUEIRÓ, Rafael de Albuquerque; DIMENSTEIN, Magda. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22 – n. 2, p. 431-446, Maio/Ago. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922010000800015&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 Nov. 2020.

FORGEP (Projeto de Formação para Gestores). **Planejamento Estratégico Situacional**. Caderno 7. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. s.d.

GUERRA, Andréa Máris Campos. Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática. In: COSTA, Clarice Moura; FIGUEIREDO, Ana Cristina (Orgs.). **Oficinas terapêuticas em saúde mental: sujeito, produção e cidadania**. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2008 (pp. 23-59).

JANNUZZI, Paulo De Martino. Indicadores para diagnóstico, monitoramento e avaliação de programas sociais no Brasil. **Revista do Serviço Público**, Brasília, v. 56, n. 2, p. 137-160, Abr./Jun. 2005. Disponível em: <<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/222>>. Acesso em 25 Jul. 2020.

LOBOSQUE, Ana Marta. Debatendo alguns desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4590-4592, dez. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001300003&script=sci_arttext>. Acesso em 20 Fev. 2020.

LUCENA, Sandra Valéria Borges de. **A reabilitação psicossocial e a afirmação dos Direitos Humanos da pessoa em sofrimento psíquico: um estudo da Rede de Atenção Psicossocial**. 2015. 194 f. Dissertação (Mestrado em Direitos Humanos) – Programa de Pós-graduação em Direitos Humanos da Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

MIELKE, Fernanda Barreto et al. Características do cuidado em saúde mental em um CAPS na perspectiva dos profissionais. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 265-276, Jul./Out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462011000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 Nov.2020.

MORAES, Roque. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NASCIMENTO, Lorrany Rodrigues do. **Reforma psiquiátrica brasileira**. 2018. 126f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – transtornos mentais**. Atualizado em Abr. 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1257&Itemid=826>. Acesso em 21 Nov. 2019.

PIOVESAN, Flávia. A estrutura normativa do sistema regional de proteção dos direitos humanos – o sistema interamericano. In: PIOVESAN, Flávia. **Direitos humanos e o direito constitucional internacional**. 18. ed. São Paulo: Saraiva, 2018. pp. 349–399.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p.

4579-4589, 2011. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/csc/2011.v16n12/4579-4589/pt/>>. Acesso em: 20 Fev. 2020.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 2 ed. São Paulo: editora cortez: autores associados, 1986.

TONINI, Nelsi Salete. **O Planejamento em Saúde Mental no Contexto da Reforma Psiquiátrica**: Um estudo dos municípios da região oeste do Paraná. 2005, 236 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

TSZESNIOSKI, Luíse de Cássia et al. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infantojuvenil: intervenções no território. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 363-370, fev. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000200363&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 12 Nov. 2019.

VENTURA, Carla Aparecida Arena; MORAES, Viviana Carolina Oyan De; JORGE, Márjore Serena. Os profissionais de saúde e o exercício dos direitos humanos por portadores de transtornos mentais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 854-61, 2013. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/19746>>. Acesso em: 07 Nov. 2019.

VENTURA, Carla Aparecida Arena et al. Direitos das pessoas com transtornos mentais: a perspectiva de quem cuida. **Revista De Direito Sanitário**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 107-126, Nov. 2019. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/164208>>. Acesso em: 02 Dez. 2020.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DA ETAPA 1

Início do acompanhamento no CAPS

Data de Nascimento

Sexo

Ocupação

Território

CID

Raça

Escolaridade

Estado Civil

Grupo Familiar

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA LEVANTAMENTO DE DADOS DA ETAPA 3

Encaminhamento para o serviço

Uso de medicação

Houve internação

Modalidade da internação

Quantas internações

Local

Interface com o judiciário

Participação em Grupos. Quais

Participação em Oficinas. Quais

Atendimento individual psicológico

Atendimento individual interdisciplinar

Atendimento psiquiátrico

Acompanhamento familiar

Registro de visita domiciliar

Interlocução com a rede

Qual setor

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA REUNIÃO DE ANÁLISE 1

- 1) Contextualização da pesquisa
- 2) Relações entre Direitos Humanos e saúde mental
- 3) Exposição do objetivo da pesquisa
- 4) Exposição da metodologia de pesquisa-ação
- 5) Observações acerca da demanda do serviço quanto à informatização dos dados
- 6) Reflexões sobre o significado dos prontuários na atuação cotidiana
- 7) Apresentação dos dados
- 8) Olhar de destaque para a categoria raça/cor
- 9) Considerações sobre indicadores
- 10) Encaminhamentos e próxima etapa

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA REUNIÃO DE ANÁLISE 2

- 1) Breve retomada da primeira reunião de análise
- 2) Olhar para as ações levantadas no primeiro momento e sua efetivação
- 3) Exposição dos dados da segunda e terceira etapa
- 4) Problematizações acerca do funcionamento e práticas do serviço e direitos humanos
- 5) Retomada do objetivo e problema de pesquisa, convocando à implicação da equipe
- 6) Levantamento das ações e encaminhamentos

APÊNDICE E – TERMO DE ANUÊNCIA

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Manuela Costamilan Generosi, coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de Veranópolis/RS, autorizo a realização da pesquisa intitulada "Direitos humanos e políticas de saúde mental: um olhar para o Centro de Atenção Psicossocial", realizada pela psicóloga e estudante da especialização em Direitos Humanos em Políticas Públicas, Bruna Reuse, orientada pela Professora Dra Marilene Mala. O objetivo do estudo consiste em analisar o perfil da população usuária e as práticas de cuidado em saúde mental de um CAPS I, na perspectiva dos direitos humanos, tendo em vista o fortalecimento do serviço. A metodologia utilizada será a pesquisa ação, a qual se dá a partir de dados descritivos e respectiva análise e discussão junto à equipe e outros órgãos que possam ser considerados pertinentes. Destaca-se que serão observados os devidos cuidados éticos, a identidade dos participantes será preservada, e a identidade do local em que se realiza a pesquisa não será divulgada.


Manuela Costamilan Generosi

Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial de Veranópolis


Manuela Costamilan Generosi
Coordenadora de CAPS
CREFITO 5/9988

São Leopoldo, Julho de 2020.