



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DO PARÁ UFOPA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SOCIEDADE- ICS
BACHARELADO EM ANTROPOLOGIA

JEANE CARDOSO OLIVEIRA

**“IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO”**

SANTARÉM/PA

2023

JEANE CARDOSO OLIVEIRA

**“IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO”**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Banca Examinadora para obtenção do título de
Bacharel em Antropologia pela Universidade
Federal do Oeste do Pará - UFOPA.
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Soares Nunes

SANTARÉM/PA

2023

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/UFOPA

- O48i Oliveira, Jeane Cardoso
 Impasses na efetivação de serviços prestados nos centros de atenção psicossocial:
 uma revisão / Jeane Cardoso Oliveira – Santarém, 2023.
 49 p.
 Inclui bibliografias.
- Orientador: Eduardo Soares Nunes
 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Oeste do
 Pará, Instituto de Ciências da Sociedade, Bacharelado em Antropologia.
1. Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. 2. Saúde Mental. 3. Reforma Psiquiá-
 trica. 4. Relação Profissionais-Paciente-Familiares. I. Nunes, Eduardo Soares, *orient.*
 II. Título.

CDD: 23 ed. 306

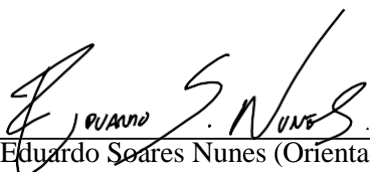
JEANE CARDOSO OLIVEIRA

**“IMPASSES NA EFETIVAÇÃO DE SERVIÇOS PRESTADOS NOS CENTROS
DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA REVISÃO”**

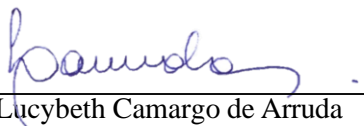
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Banca Examinadora para obtenção do título de
Bacharel em Antropologia pela Universidade
Federal do Oeste do Pará - UFOPA.
Orientador: Prof. Dr. Eduardo Soares Nunes

Conceito: 9,0

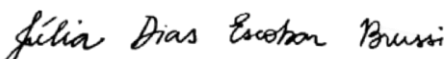
Data da aprovação: 10/02/2023



Dr. Eduardo Soares Nunes (Orientador)
Professor do Bacharelado em Antropologia – ICS/Ufopa



Dr^a Lucybeth Camargo de Arruda
Professora do Bacharelado em Antropologia – ICS/Ufopa



Dr^a Júlia Dias Escobar Brussi
Professora do Bacharelado em Antropologia – ICS/Ufopa

Dedico este trabalho aos meus pais, por serem um exemplo de cumplicidade e força em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por ter me dado forças em momentos de dificuldade.

Aos meus pais, pelo seu amor incondicional, por estarem presentes em todos os momentos da minha vida, pelos conselhos, pelos encorajamentos e por acreditarem em mim.

As minhas irmãs por fazerem os meus dias serem mais leves, pelas risadas, companheirismo, respeito e por estarem sempre comigo.

Aos meus avós Maria Francisca, Gilson Cunha, Raimunda Lopes e Onésimo Ferreira pelo amor que recebo, cuidado e carinho.

As minhas amigas pela cumplicidade, carinho, abraços, conversas, por se fazerem presentes e pelos incríveis momentos que vivenciamos.

Ao professor Eduardo Nunes pela paciência, pelos ensinamentos, pelo encorajamento, pelas trocas de suma importância para o meu crescimento pessoal e acadêmico e por ser presente ao longo de todo o percurso de construção deste trabalho.

Aos professores e colegas do curso de antropologia da Universidade Federal do Oeste do Pará por todas as trocas de conhecimento e pelas influências em meu crescimento pessoal.

RESUMO

Os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS são dispositivos alternativos e substitutivos aos conhecidos hospitais psiquiátricos e emergiram de um processo complexo conhecido como “Reforma Psiquiátrica”, eclodindo nacionalmente por volta de fins do século XX e implicando na lógica de tratamento e cuidado em saúde mental. Este trabalho é realizado através de revisão bibliográfica de trabalhos de pesquisa empírica realizados nos Centros de Atenção Psicossocial, tendo por objetivo evidenciar os “problemas” e as “falhas” relativos a esses espaços enquanto um serviço público em saúde mental. Ao trazer essas questões para o primeiro plano, destaco como elas influenciam no funcionamento real e cotidiano desta instituição, considerando o ponto de vista de diferentes agentes aos quais o serviço é destinado: os pacientes, seus familiares, e os profissionais envolvidos no quadro da instituição. A partir disso, o trabalho aponta os benefícios e os impasses na efetiva oferta de um serviço em saúde mental.

Palavras-chaves: Centros de Atenção Psicossocial-CAPS. Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Relação Profissionais-Paciente-Familiares.

ABSTRACT

The Centros de Atenção Psicossocial-CAPS (Psychosocial Attention Centers) are alternative facilities that replaced the old well known psychiatric hospitals, that emerged from a complex process known as “psychiatric reformation”, emerging nationally by the end of XXth century and implementing the logic of mental health care and treatment. This work was made by means of a revision of the literature concerning empirical researches on the Psychosocial Attention Centers, aiming to point out the “flaws” and “problems” of these treatment spaces as a mental health public service. Bringing forth these issues, I stress how they influence the real working and the daily routine of this institution, considering the point of view of the different agents to whom the service is intended: patients, their relatives and the professionals of the institutional board. The work draws from this to point the benefits and the dead-locks of the actual of a mental health service offer.

Key-words: Centros de Atenção Psicossocial-CAPS (Psychosocial Attention Centers). Mental Health. Psychiatric Reformation. Professionals-Patients-Relatives relationship.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
1.1	Da estrutura do trabalho	11
2	UMA BREVE NARRATIVA HISTÓRICA	13
2.1	Da institucionalização	13
2.2	Da reforma psiquiátrica aos Centros de Atenção Psicossocial	20
3	O UNIVERSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS REDES DE RELAÇÕES	26
3.1	“Estruturando” o CAPS	26
3.2	Das problemáticas	30
3.3	Da perspectiva dos profissionais	32
3.4	Das relações performadas	35
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
	REFERÊNCIAS	48

1. INTRODUÇÃO

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é uma instituição de caráter aberto e comunitário com o objetivo de oferecer cuidados e tratamentos em saúde mental a pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental, seja pelo uso de substâncias lícitas ou ilícitas, consideradas em situação de crise ou em processos de reabilitação psicossocial¹. Sua criação advém das políticas reformistas/substitutivas que emergem em meio a um movimento em fins do século XX conhecido como “Reforma Psiquiátrica” e protagonizado por atores múltiplos, profissionais dos mais diversos setores, simpatizantes do movimento, além das pessoas acometidas por transtornos mentais e seus familiares (AMARANTE, 1995).

Meu primeiro contato com temáticas relacionadas a área da saúde mental se desenvolveu no ano de 2019, primeiramente, quando participei de um evento de extensão relacionado ao setembro amarelo que me abriu portas para adentrar nesse universo e, conseqüentemente, engajar-me em literaturas “de reconhecimento”. Durante a imersão nessas literaturas a inclinação a pesquisas nos ou sobre os Centros de Atenção psicossocial a partir de diferentes áreas do conhecimento se mostraram muito expressivas, especialmente, por ser um espaço onde os preceitos da reforma psiquiátrica são acionados e construídos cotidianamente, além de emergirem também problemáticas e questões muito peculiares e que se repetiam dentro desses diferentes pontos de vista.

De minha parte, tive vontade pela realização de um campo etnográfico em um Centro de Atenção Psicossocial, tanto pela minha própria curiosidade em identificar como esses “problemas” apareciam ou se realmente apareciam na perspectiva de um CAPS da cidade de Santarém, e também para trazer considerações do ponto de vista da antropologia da saúde. No entanto, a realização de um campo se tornou inviável pelo surgimento da pandemia de Covid-19 e da necessidade de realizar medidas protetivas que evitassem o contato, optei então pela realização de um trabalho bibliográfico. Nesse sentido, este texto é baseado na análise de bibliografias, especialmente textos de autores que possuem narrativas sobre ou com ambientação nos Centros de Atenção Psicossocial e abordagens similares às aqui pretendidas, pois influenciaram diretamente as minhas próprias escolhas com relação a que percursos seguir.

¹ BRASIL, Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>

Para Amarante (2007) a saúde mental é um campo plural e polissêmico e diz respeito ao estado mental do sujeito e das coletividades, sendo, portanto, consideradas complexas e inviabilizando qualquer tipo de delimitação e tentativa de categorização, pois estariam reduzindo as possibilidades humanas e sociais. A complexidade deste campo implica em visualizar seus fenômenos a partir de concepções mais gerais compreendo os diferentes aspectos nos quais se insere o sujeito antes considerado “louco” e hoje é tomado como autor de suas próprias escolhas e independente dentro de suas possibilidades. O paradigma psicossocial propõe que o “paciente” seja considerado não apenas em sua “realidade psíquica”, mas também em sua “realidade social”, de como que é necessário considera-lo em sua condição sociocultural (SHIMOGUIRI, 2019).

No entanto, existem limites a serem enfrentados quanto ao entendimento do sujeito em sua condição sociocultural, especialmente, porque existem outras mais dimensões a serem consideradas e que são atravessadas por outros problemas ainda maiores. Concordo com Santos et al. (2012) quando afirmam que a antropologia da saúde não pode se desvincular da grade curricular de profissionais da saúde e por que não de outras áreas do conhecimento que impliquem a relação entre sujeitos. A antropologia da saúde é fundamental para o entendimento de processos relacionados ao fenômeno saúde/doença, pois operam enquanto meios de refletir sobre a criação de práticas de saúde mais humanizadas e pela possibilidade de ressignificar as atividades dos profissionais da área da saúde, repensando sempre nas formulações de políticas públicas e planejamentos de serviços de saúde inclinados as necessidades das pessoas as quais irá atender.

O objetivo deste trabalho é refletir sobre os “problemas” e “falhas” relativos aos Centros de Atenção Psicossocial enquanto serviço público de saúde mental. Esses “problemas” são trazidos para o primeiro plano no sentido de evidenciar como afetam diretamente a efetividade dos serviços prestados nessa instituição, a partir do ponto de vista de diferentes atores: os pacientes, profissionais e familiares que compõe o cotidiano desses espaços. Trago essas questões no sentido de ser necessário pensar em meios de aprimorar as atuais práticas em saúde ou até mesmo em construir novas, mas sem deixar de considerar todos os benefícios que este dispositivo traz para a vida de milhares de pessoas. Além disso, acredito no potencial das relações pautadas na sensibilidade, na empatia e na criação de vínculos, como mecanismos de produção do cuidado. Conforme Azevedo e Miranda, realizar diferentes abordagens a respeito dos CAPS podem “potencializar subsídios para implantação ou consolidação da reforma psiquiátrica, impulsionando novos territórios de pesquisa no âmbito de políticas públicas e avaliação de

serviços de saúde” (2011: p. 341), além de poder ajudar a pensar em como aplicar de forma efetiva os recursos recebidos, direcionando-os as partes mais “frágeis” do sistema.

1.1 Da estrutura do trabalho

Este trabalho é dividido em três partes, além desta introdução. Na segunda parte, entendendo a necessidade de criar uma breve contextualização que apresente, mesmo que rapidamente, o complexo contexto que esse universo abrange, faço um recuo no tempo, para caracterizar o contexto que permitiu o surgimento da reforma psiquiátrica. Apoiando-me nos trabalhos de Amarante (1995), Alves (2010), Engel (2001) e Oda e Dalgalarondo (2005), retomo os primeiros anos do que ficou conhecido como a “institucionalização da loucura”, no contexto nacional, onde a própria estrutura da sociedade brasileira criou mecanismos para o enclausuramento, exclusão e tentativa de retirar das malhas sociais, de seu campo “de visão” as pessoas consideradas “loucas”. Em seguida, trago as primeiras leis voltadas a saúde mental no país.

Na terceira parte, trago em um primeiro momento algumas das diretrizes que regem os Centros de Atenção Psicossocial para, em seguida, avançar nas descrições dos “problemas” que retardam o efetivo funcionamento da instituição em questão e dizem respeito ao modo como as diretrizes são colocadas em prática no dia a dia desses espaços. Acrescento a isso as concepções das pessoas que fazem o CAPS “acontecer”, sendo elas os pacientes, seus familiares e os profissionais, refletem os caminhos a serem superados, posto que esse serviço é entendido aqui do ponto de vista das pessoas as quais ele é destinado.

Na última parte, ressalto acompanhando Santos et al. (2011) e Minayo (1991), a possibilidade dá antropologia da saúde contribuir para as discussões em torno do processo saúde-doença, pensando novas práticas em saúde mental mais humanas e voltadas as concepções das “populações-alvos”. Destacando a concepção de “tecnologias leves” de Merhy e Franco (2003), que são entendidas aqui como produtoras de cuidados mais humanizados e essenciais na construção de trabalhos em saúde pautados na concepção de trabalho vivo com enfoque nas relações e nas pessoas. Concluo destacando que as limitações referentes a rede à qual o CAPS está inserida, é fruto de políticas públicas frágeis. Por mais que as políticas voltadas à saúde mental tenham avançado no país pela criação de leis e ambientes diferentes dos hospitais psiquiátricos, elas ainda enfrentam problemas quanto à estrutura física, às condições de trabalhos dos profissionais que atuam nesses serviços e ao acesso das populações a qual é destinado, de modo que os Centros de Atenção Psicossocial funcionam dentro de

limitações, impossibilitando que mais pessoas sejam atendidas e o serviço ofertado apresentando ainda muitos limites a serem superados.

2. UMA BREVE NARRATIVA HISTÓRICA

Entendendo a necessidade de se fazer um recuo no tempo e nos acontecimentos impulsionadores da reforma psiquiátrica, através de uma breve narrativa histórica, este capítulo é dividido em dois momentos. O primeiro deles diz respeito aos processos de “institucionalização da loucura”, nos quais, a partir de uma mudança social e histórica as pessoas consideradas “loucas” foram objetos de um processo de retirada dos espaços sociais por representarem um incômodo à civilização brasileira em ascensão, tendo sido necessário pensar um lugar onde esses sujeitos pudessem ser passíveis de “cura” e “tratamento” para as suas “moléstias mentais”, nascendo assim a primeira instituição psiquiátrica no país e vigorando o lema “aos loucos o hospício” (MACHADO, 1978. p. 376 Apud ALVES, 2010. p. 28). Pretendo trazer alguns dos principais processos que levaram a emergência da criação de instituições psiquiátricas e o início de uma espécie de “assistência” aos “loucos”. Esse momento pode ser entendido como um “ponto de partida” para o surgimento dessa assistência no Brasil: primeiramente a institucionalização e, em seguida, a reforma psiquiátrica e os centros de atenção psicossocial. Não busco realizar uma exaustiva reconstituição da história da loucura a nível mundial, limitando-me ao contexto nacional ao descrever como esses eventos se deram no Brasil.²

O segundo momento se enfoca no percurso da reforma psiquiátrica, em fins do século XX, a partir de um evento intitulado “crise da DINSAM”. A reforma é um momento de mudanças paradigmáticas onde são pensadas novas instituições em saúde mental, sendo um “evento histórico” performado por diversos atores, especialmente os trabalhadores em saúde mental que lutaram por melhores condições de trabalho e por tratamentos mais humanizados, os pacientes e de seus familiares em luta por melhores serviços e diversos técnicos profissionais de áreas divergentes a saúde, sensibilizados pelas atrocidades levantadas nesse momento de reflexão sobre as práticas aplicadas até então. É nesse momento que surgem outras instituições substitutivas aos hospitais psiquiátricos, dentre elas os centros de atenção psicossocial.

2.1 Da institucionalização

A chegada da Família Real Portuguesa no Rio de Janeiro em 1808, implicou mudanças estruturais nessa cidade, principalmente voltadas a aspectos de urbanização, saneamento e higiene e que foram aplicadas as outros terrenos do “Brasil” em ascensão. (MEIRELLES,

² Perspectivas mais gerais a respeito da história da loucura podem ser vistas em (FOUCAULT, 1972).

higiene e que foram aplicadas as outros terrenos do “Brasil” em ascensão. (MEIRELLES, 2015). O país passava por uma crescente modificação em suas estruturas pela necessidade de enquadrar-se aos padrões europeus de civilização. Ao longo dessas mudanças sociais, históricas, culturais, econômicas e políticas, a ciência brasileira vai se construindo nacionalmente, especialmente, a partir de 30 de junho de 1829 com a criação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro que refletia problemas relativos “a saúde pública, discutindo questões referentes a saúde e doença assim como também a construção do saber especializado da medicina e seu exercício em âmbito nacional” (ALVES, 2010. p. 21).

No ano seguinte à sua criação, essa sociedade emitiria um relatório a respeito das condições desumanas e de insalubridade em que os chamados “loucos” eram mantidos dentro dos Hospitais das Santas Casas de Misericórdia. Impulsionando um sentimento de “caridade” partilhado por outros intelectuais através da criação de artigos, periódicos, articulando-se toda uma discussão a respeito da necessidade de se criar uma assistência e um lugar “apropriado” de tratamento para essas pessoas. (ALVES, 2010).

As condições precárias as quais os “loucos” estavam submetidos nos “cárceres” dos hospitais de caridade das santas casas de misericórdia foram descritas por De Simoni (1839), que reflete sobre as necessidades de “melhorar a sorte” dessas pessoas com um “local mais conveniente em que se pudesse restabelecer sua enfermidade por um tratamento físico-moral adequado” (p.144). Nos trechos seguintes, o autor descreve alguns desses ambientes, refere-se primeiro às acomodações dos homens:

“Os alienados ficam assim separados dos doentes do hospital somente por um assoalho de tábuas sem forro; e fácil é ver-se quanto a bulha daqueles deve ser prejudicial a estes, bem como quanto as pisadas dos estudantes, serventes, e outras pessoas que andam por cima devem ser incômodas aos alienados, que ficam embaixo, e perturbar muitas vezes o silêncio tão necessário para eles. O andar térreo de que falamos tem um pé direito de 22 palmos e é dividido em duas ordens de quartos por um corredor intermédio, onde eles têm sua entrada, ficando cada lado com 6 quartos, cada um com uma larga janela, que se abre, em uma das ordens, para um jardim interior ao edifício do hospital, e em outra para o grande quintal da casa; lugar que, estando sempre aberto, e servindo de passagem para comunicação com a enfermaria dos típicos, ultimamente estabelecida em uma casa separada nas abas do morro do Castelo, e ajuntando-se aí bois, bestas e carros para o serviço da casa, põe os alienados em vizinhança de um bulício continuado, e em aberta comunicação com muitas pessoas, expondo-os aos ludíbrios e insultos dos que fazem deles objeto de divertimento.” (p. 146).

Quanto às descrições das “acomodações” das mulheres:

“Em outra parte do hospital, no fim da antiga enfermariade cirurgia, que hoje é de medicina, em um espaço de 12 a 16 palmos, entre a enfermaria, e o paredão que sustenta o impendente morro, existe a quarta acomodação, composta de cinco quartos, ou camarotes úmidos, e escuros, construídos com tábuas, os quais já se acham tão arruinados, que há um ano se não empregam mais para sepultar em vida as alienadas; com elas comunica-se com um corredor de três palmos de largura. É uma verdadeira espelunca que mete horror [...]. Nestas quatro mesquinhas acomodações, cujo interior aperta o coração de quem nelas entra, existem as vezes encerradas mais dequarenta mulheres de todas as condições [...]” (p.153)

A partir dessas constantes reflexões sobre as condições em que os “loucos” se encontravam nos porões das Santas Casas, inicia-se um processo mais articulado de encaminhamentos e pedidos de criação de ambientes específicos para o tratamento destes pessoas. Esse processo foi intensificado pelas mudanças estruturais da época em que vigoravam as mudanças urbanísticas e o espírito de modernização dos países europeus. Essas mudanças urbanísticas, porém, chocaram-se com a constatação de que essas mesmas pessoas que “deveriam estar em uma instituição de tratamento”, também habitavam as ruas e circulavam livremente por esses espaços.

Nas ruas o seu “livre trânsito” era assegurado caso não representassem incômodo ou um risco para os outros cidadãos; mas caso essa linha fosse ultrapassada, os mesmos eram enviados às cadeias públicas ou direcionados aos hospitais das Santas Casas de Misericórdia (ENGEL, 2001). Haviam também aqueles membros de famílias abastadas que eram “tratados” dentro de suas próprias casas (SIGAUD, 1835. p. 6-7 apud ENGEL, 2001. p.183). Portanto, a sua livre circulação acontecia fora ou longe dos espaços da elite e quando não representavam um perigo para si ou para os outros cidadãos, os limites entre os “loucos e os não-loucos” eram construídos por marcadores sociais que delimitavam espaços e os modos de agir, vestir e ser. Os limites eram então estabelecidos com limitações muito precisas que reforçavam essas divisões, onde todos sabiam os lugares e ações que deveriam performar. (ENGEL, 2001).

A necessidade de criação de uma instituição que abrigasse e oferecesse um tratamento para os “loucos”, somada aos objetivos de modernização da época incentivaram clamores para a personificação de espaços desse tipo. Esses clamores foram performados por uma rede de poderes incluindo a Sociedade de Medicina e a própria sociedade em geral, movidos agora por um sentimento de caridade muito específico de uma “população civilizada”. No entanto, esses “clamores” pela urgência de espaços institucionais de “assistência e tratamento” voltados a loucura serviram como meios de exclusão de pessoas consideradas “indesejadas” e as margens da sociedade.

Os intelectuais da época tiveram atuação fundamental nesse debate. Escritos como os do Dr. José Francisco Xavier Sigaud (“Reflexões sobre o trânsito livre dos doidos pelas ruas da cidade do Rio de Janeiro”, de 1835) do Dr. Antônio Luiz da Silva Peixoto (sua tese “Considerações sobre a alienação mental”, de 1837) e do Dr. Luiz Vicente De Simoni (que escreveria em 1839 a “Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados”), engajaram ainda mais os anseios e súplicas, agora embasados nos estudos dos “homens da ciência”.

Assim como o esquecimento referente a figura do “alienado”, os pedidos de melhoria com relação aos cuidados direcionados a esses foram ignorados até o ano de 1841, quando D. Pedro e a corte comemoravam a maior idade do monarca que, incumbido de “boa vontade” e “desejando assinalar o fausto dia de Minha Sagração com a criação de um estabelecimento de publica beneficencia” (BRASIL. Decreto nº 82, de 18 de julho de 1841), São então dados os primeiros passos para a criação do Hospício Pedro II por meio do decreto nº82, de 18 de julho de 1841. Inaugurado somente no ano de 1852, após a finalização das obras do edifício, o hospício foi recorrentemente descrito como uma instituição repleta dos aspectos de modernização tão sonhados pela sociedade.

“O Hospício possuía muito espaço e claridade nos ambientes, alas masculinas e feminina, pátios e jardins arborizados e, é claro, grades, celas de isolamento e quartos fortes, voltados para o controle dos mais agitados. Existia também um esboço de um tratamento ocupacional feito por meio de uma oficina de costura e outra de alfaiataria, com planos de criação de uma de sapateiro e outra de instrumentos musicais” (Alves, 2010,p.29).

A formação da instituição sonhada e agora personificada só foi possível através da união de dois poderes. O da medicina que se estabelecia nacionalmente e em meio ao seu exercício e especialização em âmbito nacional, voltou-se a esse terreno de atuação com muita propriedade e um governo imperial preocupado em modernizar suas estruturas sociais. Dessa união resultou em um isolamento “terapêutico” de “figuras indesejadas” que beneficiava a ambos os lados, no sentido de que a medicina social possuía agora um espaço de atuação específico e hegemônico e um governo nacional que resolveria, com uma pretensa filantropia, um problema de ordem pública.

Segundo o Dr. Manoel José Barbosa, primeiro diretor do serviço clínico do hospício, o estabelecimento começou efetivamente a funcionar desde 9 de dezembro de 1852, com

144 alienados, dos quais 76 (41 homens e 35 mulheres) eram provenientes do Hospital da Misericórdiae 68 (33 homens e 35 mulheres) da enfermaria provisória da Praia Vermelha (BARBOSA, 1852/1853 apud ENGEL, 2001).

Apesar do novo espaço, planejado para superar as inadequações dos estabelecimentos que antes recebiam essas pessoas, no interior do Hospício Pedro II, os indivíduos passariam a receber tratamento similar aos oferecidos nas Santas Casas, dado ao fato de a própria medicina ainda estar se constituindo nacionalmente. Os médicos, entretanto, se engajaram no sentido de tomar para si o cuidado dos “loucos”, assumindo que apenas essa ciência seria capaz de oferecer cura e um tratamento especializado. Os anos que se seguiram foram marcados por um crescente aumento populacional na instituição, somados à falta de médicos. Os tratamentos oferecidos eram muito similares a métodos punitivos. O trabalho foi utilizado como um método de tratamento, com funções associadas ao ambiente, desenvolvido com mais vigor pelos/as internos/as que faziam parte da categoria dos admitidos gratuitamente.

Depois do Hospício Pedro II, como destacado por Moreira (1905), outras instituições de caráter similar foram surgindo em diferentes províncias nacionais, tais como São Paulo (1852), Pernambuco (1864), Pará (1873), Bahia (1874), Rio Grande do Sul (1884) e Ceará (1886). Esses locais apresentavam características muito similares em relação ao cuidado ofertado aos “alienados”, no que diz respeito ao sofrimento psíquico, o não-tratamento e a existência/sobrevivência em meio a condições extremamente precárias, trancafiados e abandonados, em muitos casos, até o dia de suas mortes.

Oda e Dalgalarrodo (2005) ao analisarem relatórios dos presidentes das então províncias do Brasil durante o período de 1846 e 1889 a respeito da institucionalização dos alienados, afirmam que esses presidentes compartilham dos discursos médicos a respeito da alienação mental da época. Porém, ao longo de suas narrativas destes novos locais assistências é muito perceptível o fato de as instituições funcionarem como meros dispositivos de reclusão. Em 1870, o presidente da província de São Paulo, Antônio Cândido da Rocha, reflete sobre o histórico da instituição precária mesmo tendo sido transferida para novas instalações:

“Este hospício, fundado em 1852, tem constantemente lutado com dificuldades que se opõem ao preenchimento dos fins humanitários que os Legisladores da Província tiveram

em vista com a criação. Estabelecido a princípio em um prédio particular, posteriormente comprado pela Província... sem a capacidade indispensável para os enfermos, guardas e carcereiros, foi dele removido para casa de propriedade provincial, sita no lugar chamado Tabatinguera, onde atualmente se acha... A lei nº 29 de 7 de julho do ano passado... autorizou a mandar levantar a planta e orçamento para um novo Hospício... esse trabalho vos será presente, e tanto mais urge que o tomeis em vossa ilustrada consideração, quanto é certo que os infelizes recolhidos neste denominado Hospício, sem as precisas condições de higiene, sem um tratamento conveniente, como aconselham os especialistas, dificilmente poderão recobrar a razão (São Paulo, 1870) (p. 989).

Oda e Dalgarrondo também trazerem as considerações do presidente Sebastião José Pereira expressando um alto índice de mortalidade em fins de 1875 nestas mesmas instalações:

“A mortalidade havida tem explicação: na aglomeração inevitável de grande número de enfermos no edifício que ainda não tem acomodações suficientes; no estado morboso de muitos alienados que falecem logo depois de terem entrado no hospício; e, principalmente, na varíola que por duas vezes desenvolveu-se no estabelecimento. Alguns empregados encarregados dos tratamentos dos variolosos foram vítimas de sua dedicação, tendo falecido dois enfermeiros e um guarda.” (São Paulo, 1876) (p. 990)

Em 1872, no Rio Grande do Sul a inadequação do prédio e do tratamento oferecido no anexo ao Hospital da Santa Casa de Porto Alegre, denominado “Asilo de alienados”, antes da criação do Hospício São Pedro de 1886, é destacada por Carvalho de Moraes:

“O tratamento que nele recebem estes infelizes é inteiramente contrário aos preceitos da ciência e aos princípios de humanidade. Infelizmente, a parte do edifício da Santa Casa que foi reservada ao asilo não oferece proporções para a adoção de melhor sistema de tratamento. O crescido número que já existe de alienados mostra a urgente necessidade de providências especiais” (Rio Grande do Sul, 1872) (994).

No Maranhão, a criação de uma instituição de tratamento só foi possível em 1882. O período anterior a essa data é marcado por pedidos de verbas para criação de uma instituição psiquiátrica, pois os pacientes da então província eram abrigados apenas nos hospitais das Santas Casas. Em 1853, o presidente da província, Eduardo Olimpio Machado, indaga sobre o fato de os Hospitais de Caridade não possuírem proporções adequadas para o recebimento de pacientes, compartilhando também das opiniões do Dr. José Maria Barreto:

“É prática antiga nesta província... mandarem-se para o hospital da caridade todos os alienados, e muitas vezes ali vão parar por ordem da polícia. Quando estes enfermos são susceptíveis de cura, concebo que, como os outros necessitados, tenham direito de ser ali recolhidos para se submeterem ao tratamento apropriado; quando, porém, tais moléstias são reconhecidas incuráveis, entendendo que não podem, nem devem ser ali conservados porque, além de não haver dentro do estabelecimento quartos próprios para tais doentes, ocupam lugares em que podem ser tratados indivíduos afetados de moléstias curáveis, e fazem diariamente uma gritaria tal, que não só incomoda muito os outros doentes, como

pode agravar os padecimentos, e mesmo apressar a morte dos que se acham em perigo de vida.” (Maranhão, 1853) (p.996)

Os pedidos de verbas para a criação de instituições asilares ou mesmo para a adequação das condições de instituições já criadas eram constantes e pareciam se repetir enquanto um problema relacionado à gestão das diferentes províncias, sendo destacado em 1871 pelo presidente da província, Diogo Velho Cavalcanti de Albuquerque, a respeito do Hospício da visitação de Santa Isabel (Olinda):

“Sem as proporções indispensáveis ao elevado número de enfermos que lá se acham aglomerados, o espetáculo que ali oferecem é contrastador, e protesta contra a denominação de Hospício. Não pode haver regime terapêutico nas condições prescritas pela ciência; ao contrário, digo pelo que observei, o aspecto do estabelecimento e a aproximação dos loucos das diversas espécies bastarão para entenebrecer sem mais remédio as faculdades mentais de qualquer infeliz que, tendo-as apenas perturbadas, poderia achar perfeita cura, se fosse socorrido convenientemente. A fundação, portanto, de um verdadeiro Hospício seria relevante serviço a humanidade, e peço que considereis neste objeto, sem prejuízo do que reclama o atual.” (Pernambuco, 1871) (p.1000)

No Pará, o Hospício de Alienados de Tucunduba é descrito pelo presidente da província João Capistrano Bandeira de Melo Filho em 1877:

“Quase contíguo ao Asilo dos Lázaros acha-se o Hospício de Alienados, se tal nome merece péssima e até bem pouco sólida casa em que estão detentos os atacados de afecções mentais. Há ali carência absoluta de tudo, especialmente dos meios higiênicos e indicados pela ciência para o tratamento dos infelizes loucos. É realmente muito sensível a falta nesta capital de um verdadeiro Hospício. A exemplo do que tem sido feito em outras províncias, cumpre dar os primeiros passos para sua realização, não só recorrendo a caridade pública, como também decretando esta Assembléia uma módica quantia anual para isto” (Pará, 1877) (p.1003)

A partir dessas considerações é perceptível o início de uma micro “assistência” pensada em favor dos “loucos”. Sua condição de “loucos” era considerada sob duas perspectivas: pela necessidade de retirar das Santas Casas os “doentes” que se encontravam reclusos em situações insalubres; e pelo próprio incômodo que causavam ao cenário de modernização social, através da transformação urbanística que impulsionaram uma espécie de higienização social. De um modo ou de outro, o destino dessas pessoas era apenas um: o Hospício.

Nesses primeiros anos, é possível visualizar as passagens de poderes onde os indivíduos considerados “loucos” são “passíveis” de intervenção. Ao longo da história aqui narrada a

primeira instituição a tomar o “cuidado” dessas figuras são as Santas Casas de Misericórdia e essa hegemonia perdura ao longo dos anos e varia conforme as possibilidades instaladas nas diferentes províncias. Em seguida, a medicina toma o poder de administração da “loucura” em meio a sua própria constituição nacional enquanto ciência. A medicina toma então o poder de definir as concepções a respeito da loucura e os tratamentos adequados ficaram a cargo desta ciência, muito pautada na reclusão, medicação e autoridade sobre o sujeito.

Os constantes pedidos para a intervenção na saúde mental destes sujeitos não foram bem atendidos até as criações dos primeiros hospícios e instituições desse tipo, pois os “tratamentos” dados nessas primeiras instituições passaram a refletir em lógicas muito similares as condições insalubres das Santas Casas seja pelas estruturais precárias, a alta demanda, a mortalidade, os tratamentos desumanos e o avanço da marginalização e do estigma (GOFFMAN, 1981).

As mudanças nessas concepções só foram possíveis por volta de fins do século XX, quando a sociedade passava por um momento de “estopim”, nas atuais condições de saúde, trabalho e sensibilidade frente aos acontecimentos que emergiam desse meio. A reforma psiquiátrica nasce em um momento onde os trabalhadores em saúde cansados das atuais condições deploráveis de trabalho, somado a própria reflexão quanto as condições ainda piores dos pacientes e com o apoio dos próprios pacientes, dos seus familiares e da população engajada nesses avanços, recorrem a pedidos de melhores condições de saúde e de saúde mental com vias a transformação dos paradigmas e da assistência em saúde mental.

2.2 Da reforma psiquiátrica aos Centros de Atenção Psicossocial

A criação dos manicômios criou um modelo de assistência que, apesar de extremamente falho, violento e discriminatório, perdurou por um século, sem grandes transformações. Se a forma como as pessoas eram vistas ou classificadas mudou – com o tempo, por exemplo, a noção de “alienado” foi perdendo espaço para noções mais embasadas no conhecimento científico –, o modelo de tratamento se manteve basicamente o mesmo ao longo do tempo. A insatisfação crescente com esse modelo, entretanto, levou a um movimento crítico, a partir da década de 1970, que culminou com uma reforma do modelo de atenção e tratamento oferecido a pessoas em sofrimento psíquico. Esse movimento ficou conhecido como reforma psiquiátrica.

A reforma psiquiátrica é um movimento de mudanças direcionadas à rede institucional envolvendo teoria, prática e assistência que compunha a psiquiatria constituída nacionalmente.

Caracterizando-se como um dos importantes processos históricos de reformulação, humanização e defesa do direito de pessoas inferiorizadas e marginalizadas ao longo de todos os anos, do processo de institucionalização do “cuidado” e das falhas da assistência em saúde mental. Esse movimento é contínuo e marcado pela mobilização de diversos indivíduos engajados no desmonte desse maquinário opressor, iniciado no século XX e que se encontra em múltiplas estratégias de transformação.

Amarante (1995) destaca os anos de 1978 e 1980 como o “início do movimento de reforma psiquiátrica” no Brasil e que tem como marco um episódio denominado “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental). Essa crise tem início através da denúncia feita por três médicos bolsistas - incluindo o próprio Paulo Amarante - sobre as irregularidades presentes em uma das instituições que compunham a DINSAM, o Centro Psiquiátrico Pedro II, trazendo também esse fato a público. Durante os anos de 1978, os profissionais de saúde das redes da DINSAM iniciam uma greve e tem cerca de 260 estagiários e profissionais demitidos. Essa primeira denúncia tomou proporções ainda maiores, fazendo com que bolsistas/profissionais das outras unidades se unissem ao movimento de denúncias. (ver AMARANTE, 1995).

“A DINSAM, que desde 1956/1957 não realiza concurso público, a partir de 1974, com um quadro antigo e defasado, passa a contratar ‘bolsistas’ com recursos da Campanha Nacional de Saúde Mental. Os ‘bolsistas’ são profissionais graduados ou estudantes universitários que trabalham como médicos, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, muitos dos quais com cargos de chefia e direção. Trabalham em condições precárias, em clima de ameaças e violências a eles próprios e aos pacientes destas instituições. São frequentes as denúncias de agressão, estupro, trabalho escravos e mortes não esclarecidas” (AMARANTE, 1995. p. 52).

Esse contexto de transformação é fruto de posicionamentos políticos em meio a uma esfera de opressão, quando tornam-se constantes as reivindicações por direitos, as denúncias dos cenários dos hospitais psiquiátricos e a problematização dessas estruturas. Esse processo é marcado por constantes reuniões, congressos, assembleias e encontros que possibilitaram discussões e a formulação de novos direitos, contando com a participação de diversos setores sociais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é um dos principais atores desse processo e é através dele que “emergem as propostas de reformulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico” (AMARANTE, 1995: p. 51). Dentro desse movimento, a participação popular ganha espaço na formulação das novas

políticas emergentes.

As críticas ao saber psiquiátrico e as suas ações terapêuticas que excluía e desconsideravam as subjetividades dos pacientes dentro dos aparatos tradicionais, bem como a essas estruturas em si são intensificadas ao longo desse período. Dessa trajetória de articulações, em meio aos congressos e eventos relativos às discussões dessa nova abordagem assistencial, surge a proposta de novas modalidades substitutivas aos modelos tradicionais. A I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Congresso de Trabalhadores em Saúde Mental (1987) são destacados aqui, pois é no interior desses eventos que surgem e são solidificados os espaços substitutivos, tendo sido inaugurado nesse mesmo ano em São Paulo o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira da Rocha, dando ênfase ao lema “Por uma sociedade sem manicômios”, adotado nesse novo percurso.

Além disso, um dos marcos dessa luta é o processo de intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos/SP, também conhecida como “Casa dos Horrores”, onde os internos sobreviviam em condições insalubres, havendo denúncias de mortes por negligência e maus-tratos. Em meio a esse processo de redimensionamento assistencial são inaugurados também em Santos unidades de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS). Esses dois modelos assistenciais são referências na constituição de políticas de cuidado e constituição jurídica em âmbito nacional.

Ainda no ano de 1989, o Deputado Paulo Delgado apresenta o projeto de Lei 3.657/89 que dispõe sobre a regulamentação dos direitos do indivíduo em sofrimento e a extinção dos manicômios com a criação de modelos substitutivos. Dando início ao processo de constituição da assistência em saúde mental no campo legislativo. A formalização desse projeto, que só veio a ocorrer em data posterior, culminou na criação de leis em diversos estados do país que determinaram a implantação dos novos espaços assistenciais, tais como os CAPS, NAPS e Hospitais-dias (BRASIL, 2005).

No ano de 2001 é aprovada a Lei 10.216. Inspirada no projeto de lei proposto anteriormente por Paulo Delgado, essa lei conhecida como “Lei da Reforma Psiquiátrica”, “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”. É também através dela que outras possibilidades no âmbito das políticas em saúde mental foram acionadas, abrindo caminho para inúmeras conquistas nesse contínuo movimento de luta.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital

psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, 2005)

Em fevereiro de 2002 é instituída a Portaria GM/MS n.º 336, regulamentando os CAPS em modalidades I, II, III, “I” (Infanto-juvenil) e ad (álcool e outras drogas). Atualmente, são constituídos, segundo aponta o site do Ministério da Saúde³ nos seguintes tipos:

- Caps I: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- Caps II: Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- Caps III: Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- Caps I: Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- Caps AD: Álcool e Drogas: Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- Caps AD III: Álcool e Drogas: Atendimento com de 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas; atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- Caps AD IV: Atendimento a pessoas com quadros graves e intenso sofrimento decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Sua implantação deve ser planejada junto a cenas de uso em municípios com mais de 500.000 habitantes e capitais de estado, de forma a maximizar a assistência a essa parcela da população. Tem como objetivos atender pessoas de todas as faixas etárias; proporcionar serviços de atenção contínua, com funcionamento 24h, incluindo feriados e fins de semana; e ofertar assistência a urgências e emergências, contando com leitos de observação.

³ BRASIL, Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>

Os modelos substitutivos são incluídos na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria MS/GM nº 3088/2011. A RAPS é um instrumento que abarca uma diversidade de instituições de tratamento e assistência, contendo: “Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diversas tipologias e portes; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os ambulatórios multiprofissionais, os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs), os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, leitos de psiquiatria nos hospitais especializados e nos hospitais-dia de atenção integral”⁴.

Através da articulação desses modelos substitutivos é possível identificar as conquistas da luta antimanicomial e seus contínuos caminhos rumo a inúmeras transformações. Esse movimento reformista em saúde mental surge junto a contextos de intensas reivindicações de direitos civis, ligados a melhores condições de trabalho, por uma reforma sanitária e pela luta de uma abertura política em meio a um contexto obscuro (AMARANTE, 1995). A sociedade passa assim a ser protagonista na formulação das novas vias culturais e políticas.

A reforma psiquiátrica é um momento de sensibilização social em relação àqueles que, por muito tempo, foram entendidos como “diferentes”, marginalizados, objetificados, esquecidos, considerados ausentes de subjetividade e enclausurados. A substituição dos hospícios, manicômios, colônias, espaços institucionalizados de “tratamento” pelas redes assistenciais atuais em regime de “portas abertas” onde o usuário pode entrar e sair livremente, é composto por profissionais com formações diversificadas que agora atuam com o consentimento do usuário e de seus familiares.

As breves considerações aqui feitas a respeito da reforma psiquiátrica nos permitem visualizar a importância desse movimento histórico na implicação de novas práticas de cuidado em saúde mental. Ela emerge, então, da necessidade de reformular os processos de tratamento dos indivíduos não mais pautados na exclusão e encarceramento, mas considerando estes enquanto sujeitos de vontades e inseridos em um contexto social complexo, podendo ser identificado e transformado a partir desses aspectos mais gerais que influenciam na sua “doença”.

A necessidade de trazer esses dois momentos históricos, o primeiro da construção de uma assistência muito pautada no enclausuramento e tentativa de apagamento desses sujeitos, e o segundo no processo de modificar esses longos anos de opressão a partir da reforma psiquiátrica nos possibilitam identificar a necessidade da atuação efetiva desses novos

⁴ BRASIL. Ministério da Saúde: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>

mecanismos do cuidado em saúde mental, em especial, dos CAPS enquanto dispositivos que funcionam em diferentes territórios e onde os preceitos de humanização, cidadania, reinserção social e reabilitação são construídos no projeto terapêutico dos pacientes. O entendimento histórico desse processo é necessário para que esses tratamentos desumanos não se repitam, além de permitir a continuidade da luta constante pelas transformações nas práticas em saúde mental, por condições reais de acesso, e por um tratamento efetivo.

A efetivação do cuidado em saúde tem despertado atenção para algumas questões quanto a ausência de recursos, problemas de gestão e de organização desses recursos, que não se dão de acordo com as necessidades desses ambientes, refletindo na alta demanda, em serviços limitados e na ausência de profissionais, problemas esses que parecem ter sido herdados dos primeiros anos de institucionalização da assistência no país, mas que hoje acontecem em outros contextos e com novas pessoas. No entanto, são despertados em cuidados mais humanizados e positivos em suas possibilidades. Esses problemas e modo como aparecem são apresentados no próximo capítulo.

3.0 UNIVERSO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E AS REDES DE RELAÇÕES

Neste capítulo, início trazendo algumas considerações a respeito das diretrizes/normas referentes ao funcionamento deste dispositivo do cuidado em saúde mental. Em seguida, abordo os pontos de vista das figuras que compõem o cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial. A partir de suas colocações é possível identificar o modo com as políticas públicas em saúde mental são desenvolvidas e o modo como o discurso e prática são expressos. Questões que se referem à estrutura de funcionamento do serviço, apontadas pelos profissionais, pacientes e seus familiares.

3.1 “Estruturando” o CAPS

Os Centros de Atenção Psicossocial são instituições estratégicas na efetivação da reforma psiquiátrica. Funcionam como dispositivos onde o indivíduo em sofrimento psíquico pode buscar auxílio e apoio para as angústias que lhe afligem. Segundo o documento do Ministério da saúde (2004), o indivíduo deve procurar o serviço diretamente, sozinho ou acompanhado de um familiar, podendo também ser direcionado ao local por meio de outros programas que fazem parte de redes assistenciais da saúde. Além disso, esse serviço é destinado a indivíduos que possuem intenso sofrimento psíquico dificultando suas existências, caracterizados como “pessoas com transtornos mentais severos e/ou persistentes, ou seja, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais” (BRASIL, 2004. p. 15).

Considerando os objetivos dos CAPS e as práticas a serem desenvolvidas, o “espaço CAPS” e os espaços do CAPS assumem fundamental relevância: trata-se de projetar serviços públicos de saúde, substitutivos ao modelo asilar, de referência nos territórios, comunitários, de livre acesso, e local de trocas sociais. Em síntese: serviços de atenção psicossocial do SUS, espaços de cuidar e apoiar pessoas com experiências do sofrimento e, ao mesmo tempo, espaço social no sentido de produção de projetos de vida e de exercício de direitos, e de ampliação do poder de contratualidade social. (BRASIL, 2013)

Como um dispositivo articular de cuidado e mudanças nas vidas das pessoas, esses espaços contam com algumas exigências. No que diz respeito à estrutura física da instituição, esta deve conter algumas características mínimas: “Recepção compreendida como espaço de acolhimento; salas de atendimento individualizado; salas de atividades coletivas; espaço de convivência; banheiros com chuveiro e com sanitário adaptado para pessoas com deficiência; sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação) e posto de enfermagem; quarto coletivo com acomodações individuais (para acolhimento noturno com 02 camas) e banheiro (suítes); quarto de plantão (sala de repouso profissional); sala administrativa; sala de reunião; almoxarifado; sala para arquivo; refeitório; copa (cozinha); banheiro com vestiário para funcionários; depósito de material de limpeza (DML); rouparia; abrigo de recipientes de resíduos (lixo) e abrigo externo de resíduos sólidos; área externa para embarque e desembarque de ambulância; área externa de convivência” (BRASIL. 2013). A criação desses espaços deve ser adaptada à realidade territorial e à demanda a ser abrangida, posto que a estruturação adequada favorece um bom atendimento, contribuindo para o bem estar dos usuários do serviço e dos profissionais além de possibilitar uma efetivação do serviço, dentre outras questões.

Dentro dos centros de atenção são realizadas diversas atividades, podendo ser do tipo individual, coletivo ou destinada a comunidade. Conforme Brasil (2004), trago algumas dessas atividades:

- Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.
- Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.
- Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.
- Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
- Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.
- Atividades comunitárias: atividades que utilizam os recursos da comunidade e que envolvem pessoas, instituições ou grupos organizados que atuam na comunidade. Exemplo: festa junina do bairro, feiras, quermesses, campeonatos esportivos, passeios a parques e cinema, entre outras.

- Atividades de suporte social: projetos de inserção no trabalho, articulação com os serviços residenciais terapêuticos, atividades de lazer, encaminhamentos para a entrada na rede de ensino, para obtenção de documentos e apoio para o exercício de direitos civis através da formação de associações de usuários e/ou familiares.
- Oficinas culturais: atividades constantes que procuram despertar no usuário um maior interesse pelos espaços de cultura (monumentos, prédios históricos, saraus musicais, festas anuais etc.) de seu bairro ou cidade, promovendo maior integração de usuários e familiares com seu lugar de moradia.
- Visitas domiciliares: atendimento realizado por um profissional do CAPS aos usuários e/ou familiares em casa.
- Desintoxicação ambulatorial: conjunto de procedimentos destinados ao tratamento da intoxicação/ abstinência decorrente do uso abusivo de álcool e de outras drogas.

Todas essas atividades são fundamentais no cotidiano do CAPS, pois ampliam os modos de produzir o cuidado em saúde mental. Agora, destaco a importância das atividades construídas coletivamente dentro dos grupos ou oficinas, podendo ser: oficinas terapêuticas, oficinas expressivas, oficinas geradoras de renda, oficinas de alfabetização, oficinas culturais, ou do tipo grupo terapêutico, grupo de leitura e debate, grupos de confecção de jornal, ou ainda como atividades esportivas, atividades de suporte social, atividades comunitárias. As atividades destinadas aos familiares são os grupos familiares, atendimento individual, visitas domiciliares, atividades de ensino e atividades de lazer com familiares, além das reuniões e assembleias voltadas para a discussão do funcionamento da instituição. (BRASIL, 2004). Essas atividades são fundamentais no tratamento do indivíduo, estimulando trocas e o desenvolvimento de relações entre os indivíduos que delas participam.

A diversidade do cuidado dentro desta instituição só é possível pela diversificação de áreas do conhecimento em que os profissionais estão integrados. Os Centros de Atenção Psicossocial atendem a diferentes demandas em sofrimento e foram adaptados a essas especificidades. O quadro profissional dessas instituições é marcado por diferentes saberes, constituindo uma multiplicidade de profissionais de níveis superior e médio⁵. Os profissionais de nível superior podem ser: enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, pedagogos, professores de educação física, além de pessoas com outras formações.

⁵ Um quadro detalhado com os profissionais que atendem aos diferentes tipos de Centros de Atenção Psicossociais pode ser visualizado em (Brasil, 2004).

Os de nível médio são auxiliares de enfermagem, técnicos administrativos, educadores e artesãos. Além disso, contam também com profissionais encarregados da limpeza do ambiente, cozinha, dentre outros. (BRASIL, 2004)

O elo entre a instituição e o indivíduo tem início através da busca pelo serviço, sendo ela realizada por vontade própria ou por meio de encaminhamentos de outros serviços da rede de saúde. Esse primeiro contato profissional-usuário é de suma importância no processo de cuidado. O acolhimento é aqui destacado por ser um momento de produção de vínculo entre as pessoas que procuram o serviço e os profissionais da instituição, é um momento de trocas, de afeto, empatia e atenção. Configura-se enquanto um momento de observação de “dores”, no sentido de identificar possíveis causas de sofrimento de determinada pessoa e possibilitar auxílio a esse indivíduo em toda sua trajetória de tratamento, mais do que um processo técnico-institucional, esse processo de acolhida envolve uma extensa complexidade de sentimentos e posturas por parte dos profissionais que o realizam, no sentido de buscar amenizar o sofrimento ali apresentado. Pode ser considerado também como uma postura ética e solidária, em que os profissionais engajados nesse vínculo são responsáveis por uma prática de produção de saúde mais efetiva (BRASIL, 2010).

Por ser um dispositivo que conta com uma diversidade de profissionais e atividades terapêuticas, o acolhimento é realizado por diferentes profissionais presentes na instituição, não sendo estabelecida uma formação específica destinada a esse momento e nem sendo específico a nenhuma categoria profissional (MOREIRA et al, 2018). A diversidade de profissionais é fundamental para o funcionamento da instituição, pois ao diversificar os múltiplos campos envolvidos existe a possibilidade de ampliação nos modos de cuidar e uma descentralização dos saberes. Segundo Jucá et al. (2008), esse encontro recebe diversas designações de acordo com a escolha dos profissionais envolvidos nele, sendo eles: triagem, recepção e acolhimento. As autoras distinguem cada um deles da seguinte maneira: triagem diz respeito ao aspecto de seleção, se o indivíduo deve receber atendimento naquela instituição ou se deve ser encaminhado a outro serviço; já o acolhimento e a recepção são entendidos como aspectos relacionais de proximidade, “uma aproximação mais calorosa” (JUCÁ et al., 2008, p. 132). No Caps estudado por Moreira et al. (2018), esse processo foi realizado por “uma assistente social, uma farmacêutica, dois oficinairos, quatro técnicas de enfermagem e, pontualmente, uma psiquiatra”. Já nos Caps pesquisados por Jucá et al. (2008), são destacados todos os profissionais ou boa parte deles envolvidos nesse momento, possuindo uma espécie de rotatividade entre eles.

Nesse sentido, aciono o acolhimento como um mecanismo de cuidado onde trocas são

realizadas e elos tendem a ser estabelecidos. Ao comunicar sua demanda, aflições, inquietações o potencial usuário do serviço confia ao profissional envolvido sua subjetividade e o profissional o recebe através de uma escuta, diálogo atento e respeito, tentando entender essas expressões explícitas ou implícitas, engajando-se na compreensão do seu universo existencial, além de dar início ao estabelecimento de uma relação de confiança, para então encaminhar ao atendimento psicoterapêutico e a seu processo de tratamento na instituição (JORGE et al., 2011; MOREIRA et al. 2018). O acolhimento é, portanto, entendido como uma dimensão relacional que determina a entrada na instituição e vai de encontro a universos existenciais munidos de subjetividades, a dos indivíduos que procuram o serviço com suas próprias expectativas e sua demanda existencial/sofrimento e um profissional que personifica as ofertas da instituição e intensifica a vinculação com o serviço, tendo que dispor de algumas habilidades relacionais.

A descrição de algumas dessas normas de funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial é importante para identificarmos como elas são aplicadas nas realidades desses espaços. Nos tópicos seguintes, trago algumas problemáticas que emergem em seu cotidiano, pois esta instituição muitas vezes enfrenta problemas maiores, como por exemplo a falta de recursos para a sua efetivação, o que se reflete em estruturas precárias, ausência de profissionais, falta de recursos materiais ou até mesmo na dificuldade de expansão das práticas de cuidado através da criação de novas oficinas e grupos.

3.2 Das problemáticas

Durante o processo de elaboração do projeto de pesquisa deste trabalho, uma das problemáticas que surgiram relacionadas ao Caps foi a crescente demanda. Moreira et al. (2018) destacam a formação de filas na instituição pesquisada, devido ao atendimento ser realizado poucas vezes durante a semana. Sabendo dessa limitação, muitas pessoas chegavam em horários anteriores ao início do atendimento da população e permaneciam por um longo tempo enquanto outros sequer chegavam a serem atendidos. Os serviços públicos tendem a ser inclinados a um atendimento lento, conduzindo a filas e momentos de tensão e desespero frente às necessidades básicas da vida social. No que diz respeito ao atendimento em saúde mental, isso é intensificado devido às pessoas que são conduzidas ou procuram o serviço individualmente já estarem em momentos de tensão e aflição existencial, além de terem esses sentimentos prolongados devido à ausência de ajuda e, muitas vezes, à falta de condições de arcarem com tratamentos particulares. A própria condição do CAPS enquanto um serviço público coloca restrições significativas a eficácia do serviço na medida que a lógica da burocracia do serviço acaba

operando no sentido de potencializar o sentimento de desamparo.

Outro problema diz respeito a estrutura física do CAPS. Nisiide e Silva (2020) destacam o fato de o CAPS estudado apresentar estrutura precária, não possuir possibilidade de ampliação do serviço com novas atividades que abranjam um número maior de pessoas e ficar localizado em uma parte da cidade considerada de difícil acesso, trazendo impasses quanto ao deslocamento para as pessoas que necessitam do serviço. Podemos refletir também sobre a necessidade destes espaços precisarem estar localizados em áreas de fácil acesso e locomoção para as pessoas que deles necessitam, levando em consideração que muitas delas precisam utilizar transporte público para chegarem até o local – enquanto um dispositivo voltado ao cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, este serviço deve ser pensado a partir da lógica e do acesso das necessidades destas pessoas, atuando sempre em favor delas.

A questão da estrutura física também é levantada por Moreira et al. (2018), que destacam que a estrutura do Caps por elas investigado herda características de um antigo manicômio como “as paredes em azulejos brancos, pouca iluminação e janelas altas e gradeadas” (p.1124). Mudanças estéticas só foram possíveis graças ao engajamento dos profissionais da instituição que implementaram novas cores nas paredes da sala de espera e deixaram a disposição elementos expressivos para que manifestações artísticas livres pudessem ser realizadas, além de trazer mesas e cadeiras para as crianças desenharem, escreverem e se expressarem durante o atendimento, como também, a renovação de um muro da instituição que só foi possível através de uma oficina ofertada no local (idem).

“Conforme Sampaio et al. (2011), na avaliação dos Caps de Fortaleza, foi constatada a falta de priorização da política pública de saúde mental no orçamento público, o que reflete na estrutura do serviço e nas condições de trabalho das equipes de atendimento. Tal fato, somado às questões estruturais, demonstra a dissonância entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental e a sua execução, decaindo na falta de uma rede de saúde mental articulada e estruturada, na dificuldade de gestão do território e na busca pela erradicação dos sintomas por meio da medicalização. Esses fatores, entre outros, levam à insatisfação dos trabalhadores e ao seu adoecimento físico e psíquico” (NISSIDE; SILVA. 2020, p.107).

Apesar de existirem diretrizes de estruturação dos CAPS, esses são construídos a partir de demandas locais/territoriais, emergindo dos recursos governamentais que, em sua maioria, se apresentam deficitários. Nisiide e Silva (2020) abordam uma questão extremamente pertinente ao relatarem um momento onde os profissionais e familiares do CAPS por elas

estudado direcionarem às autoridades públicas um pedido de mudança na estrutura do centro e são notificados da “indisponibilidade de recursos para adequar a estrutura”, assim como também de promessas não realizadas (NISIIDE; SILVA. 2020, p. 106). Essas ausências de recursos inviabiliza a efetivação de toda a rede de serviço em saúde mental, pois enquanto muitos poderiam ser beneficiados com esse projeto de cuidado, acaba por retardar uma melhora na vida das pessoas em sofrimento psíquico, causando também incômodos e dificultando a atuação de profissionais do meio.

A ausência de políticas públicas inclinadas ao direcionamento de recursos que deem conta de arcar com a efetiva promoção da saúde mental dentro dos CAPS é um problema que dificulta o cotidiano da instituição, pois altera toda a rede ao qual ela é responsável por suprir, além disso, isso reflete também na vida dos profissionais inseridos no quadro desta instituição. Ao atuarem em meio a uma rede que não lhes oferece suporte necessário para que seu trabalho seja feito de forma adequada ou que mesmo, não possuem preparação ou aproximação com os saberes e práticas relacionados a área de saúde mental, expostos a sentimentos de vulnerabilidades das pessoas que procuram o serviço e muitas vezes as próprias frustrações pessoais.

3.3 Da perspectiva dos profissionais

Apresento aqui algumas considerações quanto a perspectivas de alguns profissionais que atuam em Centros de Atenção Psicossocial. Essas questões se mostram pertinentes para pensarmos os problemas ligados a atuação destes enquanto agenciadores da efetivação da saúde mental na instituição em questão. Especialmente, porque essas questões aparecem como reflexos de toda a estrutura organizacional, afetando-os seja na sua atuação ou até mesmo atravessando as linhas profissionais, quando refletem na sua vida pessoal e emocional.

“A gente não teve formação para estar aqui. No nosso curso, saúde mental era hospital psiquiátrico. A gente caiu aqui e de repente tem que dar respostas para problemas muito graves. É suicídio, é estupro, é muita pobreza. Não conto quantas vezes me tranquei numa sala dessas chorando porque sofro com as histórias que escuto aqui. E muitas vezes a gente não tem para onde encaminhar, mas a gente vai fazer o quê? (Diário de campo, outubro de 2015)” (MOREIRA, et al. 2018. p.1128)

A diversidade de saberes envolvidos nesse meio é favorável à efetivação do cuidado, pois não se limitam a apenas um saber com potencial hegemônico, mas se mostram problemáticas quando esses profissionais não chegaram a vivenciar qualquer experiência ligada

a área da saúde mental, seja através de disciplinas acadêmicas ou mesmo em suas experiências de vida. A ausência de aproximação com a área de saúde mental dificulta os modos de lidar com as tensões e pressões de oferecer ao indivíduo uma “solução” para a sua demanda, com ênfase aos profissionais da instituição que lidam diretamente com o indivíduo em seu tratamento. Levando em consideração também o fato de alguns deles entrarem no serviço por ser a única forma de emprego possível (ver MOREIRA et al. 2008).

Concordo com Santos et al. (2011) quando afirmam que a antropologia da saúde contribui profundamente para a formação de profissionais da área da saúde, além de outras áreas que atuam diretamente com a experiência saúde-doença. Ademais, as disciplinas inclinadas a saúde mental e atenção psicossocial são fundamentais para a transformação das práticas de cuidado, conhecendo o passado e a trajetória da loucura até a saúde mental nos possibilitam refletir sobre como esta questão foi tratada ao longo dos anos, além de nos inclinarmos a não repetir a política hospitalocêntrica, centrada, burocrática e desumana. A ausência de aproximação com a saúde mental coloca em lógica a efetivação do serviço, ao passo que também evidencia os desafios que esses profissionais experienciam dentro deste serviço, especialmente por ser um cotidiano de lida com o sofrimento do outro.

“As vezes é brutal da mesma maneira [que uma violência física], que é agressivo da mesma maneira, você escutar por horas uma pessoa, é uma coisa que ocupa dentro de você, um trabalho que você tem que fazer essa digestão” (B- “Dançoterapeuta”) (ATHAYDE; HENNINGTON, 2012. p. 992)

Para Athayde e Hennington (2012), o cotidiano do CAPS enquanto um dispositivo agenciador de cuidado em saúde mental que lida com sentimentos muito intensos e complexos de dores e sofrimento é considerado um trabalho desestabilizador e que tem potencial de causar sofrimento nos profissionais. Isso pode ser expresso em um momento onde a assistente social do CAPS estudado pelos autores teve de ser afastada da atividade por se encontrar consumida “por sintomas muito semelhantes aos que eu trabalho aqui”. A lida com as dores das pessoas e suas histórias de sofrimento transpassa barreiras emocionais e, mesmo quando preparados para esse tipo de situação, é inevitável não ser afetado. Além disso, essa esfera do sofrimento é intensificada quando esses profissionais não possuem os meios necessários ao seu efetivo exercício.

“Receber é uma atividade que sobrecarrega, pois requer escuta, preenchimento de papéis, decifração do que se trata, distinção de se é caso para o CAPS, eleição de atividades (por

vezes, o projeto terapêutico – pelo menos em sua versão “preliminar” – já se define nesse momento), marcação e encaminhamento (quando é o caso). Quando é necessário encaminhar, a angústia do profissional se intensifica, pois ele se depara com a inexistência de uma rede de saúde efetiva, o que, por vezes, o leva a aceitar alguém que, inicialmente, não teria indicação para o CAPS por não ter, por exemplo, um ambulatório ao qual encaminhá-lo. Isso nos faz pensar no próprio ato do encaminhamento, que, quando realizado, ainda deixa a desejar justamente em função de ser reduzido à indicação de um serviço que pode ser procurado, para o qual o sujeito pode se direcionar ou não, e, caso o faça, no máximo conta com o suporte de um papel escrito e assinado por um profissional (JUCÁ et al. 2008, p.133).

As precariedades do trabalho somado a ausência de uma rede onde seja possível encaminhar os pacientes que não são “casos” do CAPS são problemas que causam sentimentos de desespero nos profissionais por muitas vezes se verem abandonados pela própria fragilidade dessa estrutura, pois eles se encontram em meio a empasses de tratar as pessoas que já se encontram na instituição ou assumir novos pacientes. Apesar de todas essas problemáticas que envolvem o cotidiano dos profissionais do CAPS, os autores destacaram o fato de alguns destes desenvolverem mecanismos de autoproteção, ao se distanciarem saindo para fumar, ou para jantar em equipe: manter-se distante em momentos de tensão são atos de proteção e até mesmo tentativa de assimilação dos problemas a serem enfrentados. No mais, os autores identificam sentimentos contrastantes quanto a saúde mental destes profissionais, evidenciam sentimentos de tristeza, frustração e dificuldades no cotidiano da instituição, mas também relatam a satisfação de atuarem em um serviço que possibilite melhoras nas vidas das pessoas que se encontram em sofrimento psíquico – é possível identificar um engajamento, ativismo e posicionamento de luta pela efetivação dos preceitos da reforma psiquiátrica, especialmente por eles voltarem suas expectativas mais para a gratidão das pessoas que utilizam o serviço do que para as melhorias na sua condição de trabalho, remuneração justa, dentre outras questões apontadas.(ATHAYDE; HENNINGTON, 2012).

Os profissionais se mostram engajados na luta por melhorias dentro do CAPS, seja na estrutura física, ao direcionarem cobranças de recursos aos órgãos públicos, seja na relação que estabelecem com os usuários destes serviços, o que pode ser notado a partir da atitude de profissionais que criaram jogos expressivos com seus próprios recursos para incentivar as crianças a exteriorizarem seus sentimentos, além de se disporem a brincar junto a elas no chão, buscandodesenvolver um contato de mais proximidade e entendimento de sentimentos dados ou ocultos (MOREIRA et al. 2018).

Aos profissionais de saúde mental é destinada uma carga muito maior do que a que eles deveriam suprir, ao terem que atuar em meio a condições de trabalho extremamente desgastantes e em meio a uma rede que apresenta falhas e implica diretamente na sua atuação, seja pela ausência de recursos materiais ou até mesmo financeiros, colocando limites nos tratamentos destinados as pessoas que necessitam do serviço, mas que são ressignificadas pela possibilidade de agenciar vida as outras pessoas, no momento em que sua atuação tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes e que muitas vezes só encontram ajuda neste local.

Portanto, a sua atuação é de fundamental importância para a efetivação dos cuidados em saúde mental dentro dos CAPS, pois eles personificam a lógica reformista através do exercício de suas profissões, viabilizando um cuidado humanizado e que deve ser pautado na perspectiva e necessidade do outro. Existe também a necessidade de se pensar em mecanismos e redes de apoio aos profissionais de saúde mental dado o fato de que lidar com a dor recorrentemente implica diretamente na vida pessoal deles, sendo necessário também pensar em suas necessidades e subjetividades.

No tópico seguinte, partindo da relação paciente-familiar-usuário, apresento os problemas que emergem dentro dos CAPS, através do modo como esses atores apresentam suas concepções sobre o funcionamento desta instituição podemos ver como a construção do cuidado em saúde mental é feita atualmente dentro de suas possibilidades.

3.4. Das relações performadas

As concepções da reforma psiquiátrica são afirmadas todos os dias dentro do cotidiano do CAPS, seja pela sua estrutura organizacional, seja pelas relações desenvolvidas entre as pessoas que a fazem possível enquanto um dispositivo articulador e promotor de saúde mental. Um dos aspectos de fundamental importância para esta pesquisa está na possibilidade de identificar problemáticas, positivas ou negativas, que emergem das relações performadas entre os pacientes, seus familiares e os profissionais da instituição, pois nos permitem visualizar o modo que os preceitos da reforma psiquiátrica são desenvolvidos através dessas trocas, além de identificar pontos a serem superados através dos questionamentos e críticas que esses agentes levantam.

A adesão ao serviço de saúde mental se dá sobre duas perspectivas: a primeira diz respeito a decisão do potencial paciente de iniciar e de prosseguir com seu tratamento, e a

segunda à relação desenvolvida entre este e o profissional de saúde ao criar laços mais profundos como o respeito, a confiança, a cumplicidade, enfim, os laços mais subjetivos que permitem uma negociação benéfica ao paciente ao longo do tratamento, além da relação humanizada ser uma das pautas da reforma psiquiátrica.

A adesão ao CAPS é identificada de forma contraditória, possuindo um lado positivo e um lado negativo. Com relação ao positivo, diz respeito ao próprio aspecto relacional do vínculo enquanto uma *tecnologia leve*. Merhy e Franco (2003) ao trazerem considerações sobre o trabalho em saúde, destacam três tipos de tecnologias. As tecnologias duras podem ser definidas como sendo os instrumentos, máquinas, objetos com fins a descoberta das doenças; as tecnologias leves-duras são os conhecimentos produzidos nas diversas ciências para produção do cuidado; e, por último, temos as tecnologias leves, que consistem na produção de laços e vínculos relacionais entre os profissionais e as pessoas que procuram os serviços. Para esse autor, o processo de trabalho em saúde deve ser pautado no trabalho vivo (relacional) e não no trabalho morto (instrumental). Os profissionais em saúde, enquanto agenciadores do cuidado e responsáveis pelo tratamento de diversas pessoas, devem pautar suas ações nas tecnologias leves. Em meio aos crescentes desmontes dos serviços de saúde e aos impasses na realização de seus trabalhos, sua atuação é de fundamental importância para a valorização da vida dessas pessoas e a reafirmação de seus direitos.

O vínculo é um mecanismo relacional promotor de laços afetivos, construtor de ações comunicacionais, confiança, integralidade e trocas de saberes, um momento onde o indivíduo pode buscar ajuda e receber uma “solução” para os seus problemas, no sentido de que pode “conhecer” as causas da sua doença e engajar-se no sentido de superar as adversidades, tendo os seus sentimentos negativos minimizados. Além disso, o vínculo é entendido também como uma forma de negociação entre esses sujeitos, no momento em que o profissional se integra à conduta do “caso” de modo mais próximo e humanizado favorecendo o processo de cuidado do indivíduo e estabelecimento de laços entre ambos (JORGE et al, 2011). Esse aspecto positivo pode ser expresso pela fala de pacientes e familiares de um CAPS estudado por Jorge et al. (2011), como as seguintes:

“O vínculo no sentido de amizade, no tratamento que você recebe, o jeito que nós se expressamos um com o outro, acho que é suficiente pra dizer que somos realmente amigos” (relato de um paciente) (p. 3055).

“Já formei um laço, porque ele já sabe da história da minha família, do meu filho doente. Se eu mudasse de profissional, eu acharia ruim porque eu teria que contar tudo de novo” (relato de um familiar) (Idem).

É inegável o fato de a vinculação possibilitar a ampliação do cuidado, mas ela se dá principalmente pelo engajamento do profissional com o tratamento do paciente, o que pode vir a influenciar em sentimentos de adesão ou repulsão ao serviço. Esses mesmos autores destacam também o reverso desse sentimento, dessa perspectiva o vínculo é entendido como prejudicial ao tratamento, no momento em que pode vir a causar dependência.

“Eu acho que esse vínculo causa muita dependência minha em relação a ela, pode até prejudicar o trabalho e até me prejudicar também, quando uma pessoa fica muito dependente da outra” (relato de um paciente) (p.3056).

“Acho que o vínculo é ruim, porque meu pai não quer ser atendido por outro profissional a não ser a doutora [...] (relato de um familiar) (Idem).

O fato da relação a partir do vínculo ser considerada com um caráter contraditório pode vir a ser reflexo de mecanismos de autoproteção quando, por exemplo, os indivíduos dotados de reflexão e senso crítico conseguem identificar e impor certos limites que não podem ser ultrapassados. A vinculação pode vir a apresentar sentidos diferentes ao longo do processo de contato (confiança - respeito - amizade - dependência - antipatia), a efetivação do vínculo está no modo como este será desenvolvido e tendo total potencial de contribuir com as atuais políticas de saúde mental pautadas na relação e inclinada as concepções das pessoas que procuram esse serviço. (JORGE et al, 2011).

Cardoso e Seminotti (2006) investigam os sentimentos de pertencimento dos pacientes de um grupo psicoterapêutico no CAPS por eles estudado. Para os autores, a vincularidade é entendida como produtora de relações entre os sujeitos, eles constatam que os sentimentos de pertença estão associados ao grupo do qual fazem parte, ao CAPS, as suas famílias e a sociedade. Um dos pontos intrigantes quanto a essas constatações está nas percepções dos pacientes com relação ao fato de participarem de uma instituição de saúde mental, considerados pelos autores como sendo de “sentimentos ambivalentes” pois se dividem entre o orgulho e a vergonha.

Para os participantes do grupo, este espaço é considerado como sendo igual a uma família, um momento de trocas, de conselhos e pontos de vista, um lugar onde podem ser

ajudados e de também oferecer ajuda. No entanto, existe um limite quanto a essa associação: o grupo psicoterapêutico pode ser entendido enquanto família exclusivamente pelo caráter de segredo e restrição das trocas ali feitas que, como destacado na seguinte fala de uma das participantes “o que se fala aqui, tem que ficar aqui dentro”, além de sentirem orgulho em participar de um dispositivo alternativo de cuidado frente à possibilidade de serem internados em um hospital psiquiátrico e de considerarem o CAPS um lugar de inserção social. Com relação aos sentimentos de vergonha, este é relacionado ao fato de que o seu vínculo com a instituição é determinado pela condição de doentes, além de o uso de remédios ser considerado um fator de discriminação e exclusão do mercado de trabalho. Ainda assim, afirmam que pretendem permanecer ali até ficarem “velhinhos(as)” (CARDOSO; SEMINOTTI. 2006).

Esses pacientes consideram o hospital psiquiátrico como um lugar de “loucos” e associam a loucura ao descontrole, como por exemplo no comentário da paciente descrita pelos autores como “Vânia”: “Lá, no psiquiátrico, eu quebrei um vidro mesmo, mas, aqui no CAPS ou na minha casa, nunca quebrei nada”. Além disso, expressa sentimentos de dor, angústia, maus tratos: “[...] Quando a gente está lá, eles enchem a gente com coisa na cabeça. Quando a gente sai, a gente sai com outros pensamentos. Chega em casa, a gente não consegue limpar a casa, não consegue nada. E aí a gente fica frágil, depois que sai do psiquiátrico” (2006, p.781). Esses trechos destacados pelos autores nos mostram os sentimentos de aversão a esses espaços, além da denúncia expressa nessa fala das condições as quais os sujeitos são expostos, a própria condição de estar “preso” é fator de cronificação, ao passo que estar no CAPS causa sentimentos alternativos e positivos.

A afirmação da vontade de prosseguir por um período longo de tempo em um dispositivo de atenção à saúde mental levanta questões quanto a dependência a esse dispositivo. Quais seriam os objetivos a serem alcançados durante o tratamento? Existe um tempo limite para que o tratamento seja efetivo? Ou mesmo se a autonomia desses sujeitos está sendo trabalhada para que possam viver suas vidas da melhor maneira possível. É certo que o período de tratamento varia de caso para caso, dependendo também de fatores econômicos, sociais e culturais –fatores mais gerais que influenciam a cronificação ou atuam em favor da minimização do sofrimento. No entanto, existem casos em que os sujeitos estão em tratamento a mais de 10 anos (Ver, por exemplo, CARDOSO; SEMINOTTI, 2006). Os CAPS são dispositivos alternativos ao hospital psiquiátrico, devendo funcionar como um dispositivo que possibilite ao sujeito em tratamento a autonomia através da reintegração social e a livre circulação pelos espaços sociais.

O potencial da vinculação está exatamente na capacidade desses sujeitos de conseguirem viver de forma que seu sofrimento seja minimizado, conseguindo superar dificuldades, levando sempre em consideração que a superação dessas dificuldades está ligada às redes de apoio que possuem.

Os espaços coletivos de trocas nos CAPS podem ser destinados tanto aos pacientes quanto aos familiares destes. É um espaço de expressão/externalização de sentimentos, o que pode ser feito através da escolha dos usuários, das possibilidades dos técnicos e das necessidades dadas, tendo os profissionais da instituição a responsabilidade de guiá-las (BRASIL, 2004).

Azevedo e Miranda, abordando a percepção dos familiares de um CAPS II e um CAPSad a respeito de oficinas terapêuticas ofertadas nas instituições em questão, identificam a satisfação dos familiares e retratam a percepção destes quanto aos impactos positivos do serviço em relação a “melhoria da harmonia familiar, estabilidade e diminuição de crises do transtorno mental e na redução dos danos associados ao consumo de drogas” (2011: p. 341). Apontam também o fato dos familiares apresentarem reflexões críticas quanto aos problemas a serem superados e propostas de melhorias no serviço. No entanto, um dos aspectos destacados pelos autores, de extrema importância para pensarmos nos caminhos a serem superados, dizem respeito a vontade dos familiares pela possibilidade de uma “qualificação profissional” dos pacientes em tratamento dentro das oficinas terapêuticas, expressas nas seguintes colocações:

“Eu pensei também no início que isso daqui [CAPS] preparasse para uma especialidade, para um emprego lá fora, tudo isso eu pensei, mas é pensar demais. Um dos maiores problemas que acho pra quem tem transtorno mental é porque não existe um programa nacional, de governo federal, municipal ou estadual. [...] Qualquer deficiência tem um programa, um emprego, até vaga pra certas empresas. Pra transtorno mental é uma coisa que não existe. Ele [filho] tem capacidade de assumir, é claro, dentro dos limites dele (Mãe, CAPS II Leste, E-24)” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011. p. 342-343).

“Uma oficina de fazer trabalhos manuais pra vender, pra distribuir, pra ajudar [...]. Tá ótimo, tá muito bom, mas eles [usuários] precisam trabalhar! Eu queria que eles trabalhassem, aquilo que você vai fazendo, é como se fosse um exercício mental. Tá ótimo como está, mas se pudesse um trabalho pra vender [...] pra fazer bola, sapato, sapateiro. Eu tô querendo muito! Eu tô querendo demais [...] (Mãe, CAPS II Leste, E-25)” (AZEVEDO; MIRANDA, 2011.p. 343).

Os autores apontam a possibilidade de os familiares não reconhecerem os objetivos da oficina terapêutica, questionando quais seriam os papéis das oficinas nos CAPS, além de ressaltarem o fato de que nenhum familiar identifica nos profissionais das instituições a responsabilidade pelas oficinas, pontuando o fato de as oficinas serem integradas por todos os

profissionais da instituição ou acontecerem de forma tão desconexa que os familiares não percebem quem é responsável pela realização desta atividade.

Além de também pontuarem quanto a realização de outras pesquisas sendo feitas e constatando o fato de as oficinas neste mesmo local sendo entendidas como meros dispositivos de ocupação de tempo, ou até mesmo organizadas de forma hegemônica pela ausência de escolhas dos pacientes em participar ou não destas atividades.

Problemáticas referentes aos objetivos que norteiam as atividades grupais são destacados por Jucá et al. (2008). As autoras apontam que essas atividades repercutem positivamente na vida dos pacientes, porém, são consideradas como um “terreno marcado pelo espontaneísmo”. As autoras questionam os profissionais quanto aos objetivos das oficinas e recebem respostas por elas consideradas “intrigantes”: “Vai da proposta de cada profissional”, ou ainda, “A gente trabalha assim muitas coisas. Assim, é... deu branco [...] Harmonia entre eles, assim, a interação” (p. 136).

Essas falas são consideradas pelas autoras como desconexas, refletindo a ausência de conhecimento quanto as contribuições que os grupos podem representar na jornada terapêutica e na vida dos pacientes. Ademais, as autoras também identificam percepções negativas em relação a essa prática quando alguns profissionais a descrevem como meios de ocupar o paciente ou manter sua mente ocupada.

Por outro lado, as autoras identificam percepções consideradas positivas quando os profissionais acionam a esses momentos de troca a possibilidade de os pacientes exteriorizarem seus sentimentos, como na seguinte fala:

“Ela [usuária] fica muito angustiada. Ela falou que sente dores à noite, que tem que sair do quarto. [...] Está sufocada, sem respirar. Então eu vi no trabalho dela o que ela estava sentindo. Aí a gente deixa que eles façam porque estão passando o sentimento deles ali.” (JUCÁ et al, 2008. p.138).

Do ponto de vista dos pacientes de um CAPS estudado por Barros et al. (2021), que investigam a percepção de usuários de um CAPS II sobre a assistência em saúde mental, estes apresentam sentimentos positivos quanto à integração a um serviço de substituição de hospitais psiquiátricos, além de visualizarem nesse espaço uma espécie de “família”, uma vez que podem não encontrar suporte na sua família biológica, além de agenciarem relações com outras pessoas

dentro do serviço em questão estão sendo inseridos da sociedade. Aqui é preciso pontuar a necessidade de mecanismos que permitam aproximação do familiar com CAPS. É certo que existem impasses que dificultam uma articulação efetiva, seja pelo fato de o familiar não possuir tempo, seja pela ausência de profissionais para a manutenção do vínculo familiar-instituição, ou mesmo pela ausência de interesse em estar acompanhando o tratamento. Porém, a presença do familiar durante o tratamento é fundamental para que avanços sejam alcançados, pois a presença desses implica em sentimentos de segurança e suporte.

Esses pacientes apontam possíveis melhoras em relação a mais profissionais para dar conta de cuidar de todos os pacientes, além de melhora na comida oferecida ali, considerada pelo paciente como tendo nota “zero”, além de destacaram também a ausência de materiais para as oficinas. Além disso, os autores identificam dificuldades de inserção dos pacientes no mercado de trabalho destacando o fato de as estratégias auxiliadoras do CAPS estarem pautadas na geração de renda e economia solidária, o que apresenta limitações, entretanto pela instituição possuir poucos recursos financeiros e materiais, assim como também poucos profissionais para auxiliarem nas atividades de produção de renda (manual; artesanal)

“É... O que poderia melhorar no CAPS é as pessoas, as pessoas que tá no poder né, que tá na elite... eu acharia que eles poderiam olhar mais pra gente, pra nós aqui do CAPS e ele olhando pra nós e dando recurso o CAPS cada vez mais só tem a melhorar, abra-se a porta né, éee os funcionários aqui faz o que pode, mas o que a gente precisa, o que poderia melhorar no CAPS é porta de emprego lá fora sendo aberta pra nós que tem transtorno mental, porque por incrível que pareça nós somos discriminados, então o CAPS ele só vai melhorar quando tiver uma política pública” (Usuário B, 37 anos) (BARROS et al. 2021, p. 6).

Desta perspectiva a necessidade de trabalho pode ser entendida pelo próprio ato de se manter economicamente, conseguindo independência financeira e conquistas materiais, além de se inserir na sociedade através das relações e dos vínculos criados no trabalho. No entanto, essas possibilidades de inserção no trabalho são inviabilizadas pela discriminação frente a sua condição de doente e os estigmas acerca da loucura, periculosidade, ausência de controle próprio, dentre outras questões.

Esses espaços de trocas coletivas devem ser articulados em favor das pessoas as quais ele é direcionado, para que funcione como um mecanismo efetivo das propostas reformistas. Apesar de abranger uma enorme complexidade de fatores, seja pela área do profissional que irá

assumir esta tarefa, seja pelas individualidades dos participantes, a oficina e os grupos terapêuticos devem ser repensados em sua complexidade, nas atividades a serem desenvolvidas, nos objetivos a serem alcançados, nas propostas das terapêuticas individuais dos sujeitos em tratamento, enfim, em toda a sua abrangência, especialmente, por ser um dispositivo de trocas de conhecimento, de vivências e experiências muito distintas e ricas que tem o potencial de se ligarem, de se aceitarem dentro dos grupos e produzir trocas coletivas benéficas. No entanto, o potencial dessas atividades é colocado em questão quando diminuídos a meros dispositivos de ocupação do tempo, limitando os pacientes e os mantendo “aprisionados” a um espaço que não os encoraje ou não trabalhe os seus objetivos, vontades, singularidades de forma efetiva.

Mais do que meios de ocupação da mente, esses espaços devem ser construídos coletivamente no sentido de colaboração no projeto terapêutico dos indivíduos, com vistas à promoção da autonomia, autoestima, singularidade e ampliando a socialização dessas pessoas, levando sempre em consideração as suas subjetividades e limites. Esses espaços podem também funcionar como um meio de integração à sociedade, visto que muitos não possuem outras relações além de suas próprias famílias, quando são integrados(as) a elas.

O potencial das oficinas e grupos está no “romper limites” de conseguir circular pelo território e estabelecer relações exteriores ao CAPS está nos sentimentos positivos ali despertados e na minimização das aflições ao conectar-se com outros e aos poucos tornando-se autônomo a determinados objetivos pessoais. Penso esses espaços como meios de ampliação de sociabilidade, e qualquer meio de categorização e imposição poderiam vir a refletir uma lógica clínica manicomial no sentido de pré-estabelecer ações e restringir subjetividades – as atividades neste espaço, ao contrário, devem ser pensadas de forma coletiva paciente-familiar-profissional, avançando em favor do primeiro. Sendo assim, existe a necessidade de se pensar quais seriam as melhores técnicas a serem implantadas para a efetivação dessas trocas coletivas, sem limitá-las ou virem a ser identificadas como meros dispositivos de “ocupar o tempo” (JUCÁ et al, 2008; AZEVEDO; MIRANDA, 2011).

As relações são performadas nos CAPS através de diferentes possibilidades. Nos grupos e oficinas enquanto espaços coletivos de produções, os pacientes, familiares e profissionais podem articular experiências, refletir questões a serem superadas, pensar em novas possibilidades de criação e renovação das práticas terapêuticas, além de se engajarem coletivamente por melhoras na instituição. As considerações aqui levantadas, tomando os fenômenos como emergindo do próprio ato da relação, são interessantes para refletirmos sobre

os caminhos a serem superados e sobre o modo como as pessoas que fazem esse dispositivo de saúde mental “funcionar”, pensam e se sentem em relação a este.

* * *

A partir das reflexões feitas acima, acredito que ainda existam limites a serem superados dentro dos CAPS, como o engajamento do governo em relação a destinação de recursos suficientes que possibilitem a melhoria desses espaços em seus diferentes territórios, a adequação das estruturas as diretrizes propostas, a necessidade de uma quantidade eficiente de profissionais para suprir possíveis excessos de demandas e para a produção de novas atividades terapêuticas. O ato de promover a saúde mental pode ser considerado constante no sentido de que se encontra sempre inclinado a superação de barreiras quanto a sua efetiva atuação, seja pela ausência de estrutura, seja pela necessidade de se pensarem em novas práticas de cuidado. Enquanto um movimento de luta constante, devemos nos engajar na possibilidade pensar em novas práticas em saúde que considerem todas as dimensões dos indivíduos, sendo feitas a partir das concepções destes e do entendimento de suas limitações.

O fato de que alguns desses dispositivos funcionem em determinados lugares não faz “desaparecer” seus problemas estruturais, pelo contrário, eles emergem nesses diferentes pontos e revelam a fragilidade da própria rede em que se encontram. Isso porque essa rede recebe recursos de setores “maiores” e sua efetivação está muito pautada nesse compromisso dos governantes em direcionar um olhar aos serviços de saúde mental e públicos em geral. Especialmente, pelo fato de os problemas e doenças serem também desencadeados por questões estruturais, onde muitas pessoas não conseguem sequer possuir recursos básicos para sua existência. Assim, não podemos considerar o sujeito apenas em sua condição de “doente”, devemos levar em consideração também os fatores exteriores e considerar todos os aspectos mais gerais como a dimensão social, cultural, política, econômica, religiosa, entre outras mais, para que o “cuidado” seja efetivo.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo de uma breve contextualização histórica e uma descrição de problemáticas relativas ao funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial, este trabalho pode ser pensado à luz da antropologia da saúde. Essa vertente nos permite questionar os discursos e práticas produzidas no âmbito da saúde, produzindo políticas e diretrizes mais humanitárias que considerem as dimensões sociais, culturais, econômicas e históricas dos indivíduos, além de pensar novos modos de agir e produzir saúde do ponto de vista das pessoas as quais o serviço é destinado (SANTOS et al, 2012).

A discrepância entre discurso e prática são latentes. Apesar de existirem diretrizes quanto à estrutura e aos tratamentos, é perceptível a diferença na realidade vivida nas instituições. Existem estruturas que não se adequam às estabelecidas por lei, profissionais não comprometidos com a causa ou que não possuem qualquer tipo de proximidade com a área de saúde mental, as altas demandas frente a existência de poucos trabalhadores, além do sofrimento que eles experimentam em meio às pressões desse cotidiano e ao lidar com a dor do outro são problemas que atravessam a operação cotidiana dos CAPS. Por isso, existe a necessidade de reorganizar as ações atuais e buscar alternativas a esses empasses.

Por outro lado, temos os personagens principais em meio a essas problemáticas. Muitas das pessoas que necessitam dos atendimentos ofertados pelos CAPS, pensando os aspectos mais gerais que rondam seus cotidianos, enfrentam anos de dores e angústias ocasionados pelos quadros clínicos que possuem, somado a problemas que surgem no dia a dia. Ademais, considerando que a busca pelo serviço da instituição em questão é um divisor de águas em suas vidas, podemos refletir o quanto a ausência de uma boa acolhida, um bom relacionamento com os profissionais que compõe o quadro de trabalhadores desse local e o estabelecimento de uma rede de apoio inviabiliza o projeto de autonomização e muitas vezes opera na intensificação de dores. Ao passo que ao serem utilizados os instrumentos relacionais de cuidado de forma eficaz e humanizada, com exercício de alteridade e respeitando as suas individualidades, O CAPS tem potencial de ajudá-los a se desenvolverem socialmente e conquistarem independência através de atividades exteriores ao ambiente de tratamento, como o trabalho, cursos, artes, comércio independente, dentre tantas possibilidades.

Nesse sentido, Minayo (1991), ao abordar práticas antropológicas para a avaliação de programas de saúde, nos traz considerações de extrema relevância. Ao afirmar que a oportunidade de reverter políticas em saúde pautadas nos ideais positivistas está nas mãos

daqueles que diretamente lidam com a saúde pública, a antropologia entra como um mecanismo eficaz na identificação de aspectos mais abrangentes das vidas dessas pessoas e com a possibilidade de analisar características mais totalizantes dos processos saúde-doença. Ademais, afirma que a estrutura socioeconômica é um dos fatores que dificultam a efetivação de políticas de saúde, especialmente, quando lidamos com famílias que vivem em situação de extrema pobreza, enfrentando problemas existenciais muito mais cronificadores que refletem uma estrutura nacional de oferta de bem estar aos cidadãos muitas vezes ineficaz. A vida dessas pessoas atravessa um processo de invisibilização histórico e sociocultural onde as políticas públicas são frágeis em praticamente todos os setores. Refletindo não só em processos de marginalização como na falta de acesso a condições básicas de existência.

Pensar novas práticas em saúde requer identificar os contextos nos quais esses sujeitos estão inseridos. A antropologia, nesse sentido, é uma ferramenta importante, na medida em que nos possibilita compreender tanto o contexto de vida dos pacientes dos CAPS quanto a dinâmica de funcionamento da própria instituição, permitindo identificar problemas e pontos de tensão no funcionamento do serviço e, assim, ajudar a elaborar mecanismos que permitam mitigar as dores e angústias psicológicas que atravessam a vida desses sujeitos. Além disso, há que se considerar outros aspectos como a fome, condições insalubres de existência, uma rede familiar ou de amigos que ajudem-nos a se reerguer e, muitas vezes, os processos de marginalização e estigmatização a que estão sujeitos, somados a questões mais gerais como o descaso do governo e a ausência de meios que de fato olhem para essas pessoas.

Os aspectos clínicos – diagnósticos, medicamentos, exames – são os pontos centrais no tratamento, devendo também ser considerados em relação ao contexto sociocultural dos pacientes. Ao lidarmos com essa pluralidade de indivíduos, existem aqueles que optam pela aceção biomédica dos tratamentos, por outro lado, podemos levar em consideração o fato de que algumas dessas pessoas podem estar mais voltadas a práticas tradicionais do cuidado, a crenças populares e religiosas, por isso, a ingestão correta do medicamento, a frequência do tratamento terapêutico na instituição, a participação das outras atividades terapêuticas, dentre outras questões que dizem respeito ao ciclo de tratamento, são atravessadas por visões de mundo muito diferentes. Como resultado dessas duas constatações acima, ao ser realizado uma pesquisa em uma área de moradia de população de baixa renda, no subúrbio do Rio de Janeiro, Minayo (1991), citando Minayo (1988) afirma que “essas famílias fazem uma combinação das práticas e crenças tradicionais de cuidado e das práticas médico-científicas, sem para eles, haver uma diferença entre as propostas oficiais e as práticas domésticas de medicina popular” (p.237).

Acredito que a assimilação das práticas tradicionais e da medicina oficial enquanto combinações que fazem parte do cotidiano brasileiro de cuidado fazem parte de uma forma de resistência muito peculiar que atravessa o processo de colonização e apagamento dos detentores dessas práticas, mas que se mostraram muito fortes ao longo dos anos, especialmente, pelo fato de muitas vezes se mostrarem mais utilizadas do que as próprias concepções biomédicas. Essas considerações exigem um aprofundamento maior, dada a sua complexidade. No entanto, relacionando esse fenômeno aos CAPS, podemos considerar o fato de a entrada na instituição e o “aceitar” o tratamento nesse local pode se apresentar sobre outra perspectiva quando nos deparamos com alguém que não se submete ao tratamento da instituição por possuir concepções culturais ou religiosas diferentes.

Por isso, para que o CAPS possa atuar em favor das vidas e dos serviços aos quais ele é destinado, este deve contar com a políticas públicas de proteção e legitimação do seu funcionamento através do recebimento de recursos, boa gestão e uma quantidade de profissionais que atenda a demanda e da possibilidade de ampliação de novas atividades de cuidado. No que diz respeito a vinculação a este dispositivo, o vínculo pode ser construído de forma relacional, a partir do engajamento pessoal dos profissionais pelo “caso” a ser cuidado, essa relação se dá por vias mais efetivas quando é praticada de forma afetiva, acolhedora e que se preocupe e responsabilize de fato por essas vidas.

É perceptível o quanto os profissionais do CAPS são afetados no cotidiano do serviço em saúde, seja por lidar com as dores do outros, pela carga horária desgastante ou mesmo por não possuírem outro lugar para se inserirem dentro de sua especialidade. Ademais, as pessoas que se dirigem a esta instituição também chegam ali cercados por anos de angústia e sofrimento, em busca de ajuda e fuga de anos de dores, algumas vezes em meios a situações limites. O potencial dos Centros de Atenção Psicossocial está em amparar os indivíduos em sofrimento psíquico em suas singularidades e suas famílias que também experimentam a extensão do sofrimento de seus familiares, além de oferecer ao quadro de profissionais meios de exercerem suas atividades sem que as demandas lhes causem exaustão e frustração por não poderem atuar de forma efetiva, tendo que lidar com poucos recursos materiais e financeiros.

Os Centros de Atenção Psicossocial podem ser entendidos como dispositivos fundamentais na ajuda e tratamento das pessoas que dele necessitam. Apresentam uma rede articulada de produção de cuidado que, apesar de possuir muitas limitações como as aqui identificadas, funcionam como espaços de agenciamento de vida, oferecendo aos indivíduos meios de entender a sua doença e engajar a produção de autonomia, possibilitando a eles, viver

de forma mais leve e favorecendo as suas vidas através das relações que estes produzem e dos seus próprios objetivos pessoais.

Essas instituições apresentam estruturas e profissionais diversificados, de modo que os problemas que aparecem em alguns Centros de Atenção Psicossocial podem não fazer parte de outros, cada um funciona com gestão e governos municipais e estaduais divergentes, a efetivação está nas contratualidades feitas e na preocupação dos governos na gestão da vida de seus habitantes. A partir da revisão realizada neste trabalho, penso que a superação dessas questões estão intrincadas nas malhas na nossa própria estrutura social, cultural, histórica, econômica, mas que tem um crescente potencial de vir a ser superada ou amenizada com tratamentos que visem trocas mais humanizadas e da verificação dos contextos onde essas pessoas estão inseridas. No mais, não podemos nos esquecer dos avanços e retrocessos desse movimento reformista, no sentido de não repetirmos uma cultura de exclusão e opressão.

A importância de desenvolver essas considerações está nos crescentes debates produzidos por diversos campos do conhecimento sobre a perspectiva da saúde mental e que, aqui, ganha novos contornos por possuir uma abordagem antropológica. Considero esta pesquisa – ainda que com limitações –, de extrema relevância para pensarmos a questão da saúde mental na antropologia e de incentivo a novas abordagens. O potencial deste conhecimento e de todos os campos do conhecimento que envolvem essa prática está em agir em favor das pessoas as quais a saúde mental é destinada, buscando desenvolver um trabalho mais humanitário e que promova a saúde e a vida.

Por fim, a realização de pesquisas que lidam com o sofrimento, mesmo quando construídas com fontes bibliográficas, são desafiadoras. As dores, as angústias, “os casos”, os acontecimentos, perpassam as linhas e afetam a quem pretende engajar-se por essas vias. É preciso em alguns momentos relativizar certas concepções e ideais construídas ao longo dos anos por não se “encaixarem” em determinadas realidades. No entanto, esses sentimentos são meios de entrada nas lutas pela legitimação de direitos e sua ampliação, pois os movimentos em saúde mental são constantes e fluídos. O desafio frente as angústias as quais somos expostos é recompensado com a possibilidade de nos reinventarmos enquanto seres humanos e produzir mais empatia frente as sensibilidades das outras pessoas.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995. 136 p.
- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz. 2007. 123 p.
- ALVES, Lourence. **O Hospício nacional de alienados: terapêutica ou higiene social?** – Rio de Janeiro, 2010. 129 p. Dissertação (Mestrado em História das Ciências e Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2010.
- ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E.A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 22 [3]: 983- 1001, 2012.
- AZEVEDO, D.M.; MIRANDA, F.A.N. Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação Psicossocial: Percepção de familiares. **Esc Anna Nery** (impr.). abr -jun; 2011. 15 (2):339-345.
- BARROS et al. A percepção dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial sobre a assistência em saúde mental. **Medicina** (Ribeirão Preto) 2021, 8 p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Centro de Atenção Psicossocial - CAPS**. [acessado em 2022 out 12] Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Rede de atenção psicossocial – RAPS**. [acessado em 2022 out 25]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção psicossocial nos territórios**. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no Caps. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2006. 11(3):775-783.
- DE-SIMONI, L. V. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. **Revista Médica Fluminense**, v.V, n.6, p.241-62, setembro. (Republicado em Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. VII, n. 1, p.142-59, março, 2004).
- ENGEL, M.G. **Os delírios da razão: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro,1830-1930)**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 352 p.
- FOUCAULT, M. (1972). **História da loucura na idade clássica**. Tradução: José Teixeira Coelho Netto. 8º ed. Editora: Perspectiva. 1978.

GOFFMAN, E. (1981). **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.**

Tradução: Mathias Lambert. Editora: LCT, 2004.

JORGE M.S.B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011.16(7):3051-3060.

JUCÁ et al. A (re) invenção de tecnologias no contexto dos centros de atenção psicossocial: recepção e atividades grupais. **Mental** - ano VI - n. 11 - Barbacena – jul/dez. 2008 - p. 125- 143.

MEIRELLES, J.G. A chegada da família real e as mudanças sociopolíticas. In: **A família real no Brasil: política e cotidiano (1808-1821)** [online]. São Bernardo do Campo: Editora UFABC, 2015, p. 9-34.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, Ano XXVII, v 27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MINAYO, M.C. de S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Ver. Saúde públ.**, S.Paulo, 25: 223-8, 1991.

MOREIRA et al. Análise do processo de acolhimento em Centro de Atenção Psicossocial Infante juvenil: considerações de uma investigação etnográfica. **Revista Interface-Comunicação Saúde Educação**. 2018; 22(67):1123-34.

NISIIDE, A. C. B.; E SILVA, M. I. F. C. A atenção à família em um Centro de Atenção Psicossocial. **SER Social**, [S. l.], v. 22, n. 46, p. 99–119, 2020.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.12, 3, p. 983-1010, set/dez. 2005.

SANTOS et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Ver. NUFEN** [online]. V.4, n.2, julho-dezembro, 11-21, 2012.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T. O paradigma psicossocial: parâmetros mínimos para as práticas substitutivas ao paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador. **Revista de Psicologia da UNESP** 18, 2019. p. 198-216.