

Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no **CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)**

Edição Revisada

**DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA**



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

**PSICO
LOGIA**

60
ANOS

CREPOP
Conselho Brasileiro de Psicologia em Psicologia

CREPOP
15
ANOS



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS)

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheira Federal Responsável:

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Especialistas

Ivana Serpentino Castro Feijó

Marilda Couto

Núbia Dias Costa Caetano

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa

Rosana Carneiro Tavares

Stéphane Santana da Silva

Edição Revisada

Brasília, 2022

© 2022 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte.

Disponível também em: www.cfp.org.br

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Diego Soares

Revisão e normalização: Roberto Azul | MC&G Design Editorial

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2,
Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF
(61) 2109-0107 /Correio eletrônico: ascom@cfp.org.br/ www.cfp.org.br
Impresso no Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil) .
Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) no CAPS – Centro
de Atenção Psicossocial / Conselho Federal de Psicologia, Conselhos
Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em
Psicologia e Políticas Públicas – ed. rev. — Brasília : CFP , 2022.
146 p. ; 21 cm.

Inclui bibliografia.
ISBN: 978-65-89369-15-8

1. Psicologia – Manuais, guias, etc. 2. Saúde mental - Brasil. 3. Sistema
Único de Saúde (Brasil). I. Conselhos Regionais de Psicologia. II. Centro de
Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). III. Título.

CDD23: 362.1098142

Informações da 1.ª Edição

Coordenação / CFP

Emanuelle Santos Silva – Coordenadora-Geral
Rafael Taniguchi – Coordenador Adjunto

Gerência de Comunicação (GCom)

Marília Mundim da Costa – Gerente

Thaís Paiva Ribeiro – Assessora

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Neuza Maria de Fátima Guareschi – Conselheira CFP

Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor

Queli Cristina do Couto Araujo – Analista Técnico – Psicologia

Karen Kathleen Amorim Oliveira – Estagiária

Diego Rodrigues Loiola – Estagiário

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs

Conselheiras(os)

Artur Mamed Cândido (CRP01); Priscilla Gadelha Moreira (CRP02); Renan Vieira de Santana Rocha (CRP03); Luiz Felipe Viana Cardoso (CRP04); Isabel Scrivano Martins (CRP05); Beatriz Borges Brambilla (CRP06); Carla Mariela Carriconde Tomasi (CRP07); João Batista Martins (CRP08); Cândido Renato Alves de Oliveira (CRP09); Maria Eunice Figueiredo Guedes (CRP10); Tássia Oliveira Ramos e Marcossuel Gomes Acioles (CRP11); Sandra Coimbra (CRP12); Clarissa Paranhos Guedes (CRP13); Maria de Lourdes Dutra (CRP14); Emylia Anna Ferreira Gomes (CRP15); Bruno da Silva Campos (CRP16); Marina Angélica Silva Queiroz (CRP 17); Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo (CRP18); Pedro Henrique do Nascimento Pires (CRP19); Cleison Guimarães Pimentel e João Lucas da Silva Ramos (CRP20); Joyce Mesquita Nogueira (CRP21); Péricles de Souza Macedo (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23); Edna Mônica da Silva Wobeto (CRP24).

Técnicas(os)

Adelia Benetti de Paula Capistrano (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evlin Lima Dias e Gabriela Evangelista Pereira (CRP03); Leiliana Sousa e Luciana Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa e Jaqueline Sério da Costa (CRP05); Larissa Correia Nunes Dantas (CRP06); Rafaela Demétrio Hilgert (CRP07); Altieres Edemar Frei (CRP08); Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Iramaia Gallerani (CRP12); Katuska Araújo Duarte (CRP13); Krisley Amorim de Araujo (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Macela Marta da Costa Tenório (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Stéfane Santana da Silva (CRP23); Angélica de Souza Lima (CRP 24).

Informações da Primeira Edição (2013)

Coordenação Geral/CFP

Yvone Duarte

Equipe Técnica do Crepop/CFP

Monalisa Barros e Márcia Mansur – Conselheiras responsáveis

Natasha Ramos Reis da Fonseca – Coordenadora técnica

Cibele Cristina Tavares de Oliveira – Assessora de metodologia

Klebiston Tchavo dos Reis Ferreira – Assistente administrativo

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs

Conselheiras(os): Carla Maria Manzi Pereira Baracat (CRP 01/DF); Alessandra de Lima e Silva (CRP 02/PE); Alessandra Santos Almeida (CRP 03/BA-SE); Paula Ângela de F. e Paula (CRP 04/MG); Cristiane Knijnik (CRP 05/RJ); Carla Biancha Angelucci (CRP 06/SP); Vera Lúcia Pasini (CRP 07/RS); Maria Sezineide C. de Melo (CRP 08/PR); Wadson Arantes Gama (CRP 09/GO-TO); Jureuda Duarte Guerra (CRP 10/PA-AP); Adriana de Alencar Gomes Pinheiro (CRP 11/CE-PI-MA); Marilene Wittitz (CRP 12/SC); Carla de Sant’ana Brandão Costa (CRP 13/PB); Elisângela Ficagna (CRP 14/MS); Izolda de Araújo Dias (CRP 15/AL); Andréa dos Santos Nascimento (CRP 16/ES); Alysson Zenildo Costa Alves (CRP 17/RN); Luiz Guilherme Araújo Gomes (CRP 18/MT); Karla Melo Santos Menezes (CRP 19/SE); Selma de Jesus Cobra (CRP 20/AM-RR-RO-AC).

Técnicas(os): Renata Leporace Farret (CRP 01/DF); Thelma Torres (CRP 02/PE); Gisele Vieira Dourado O. Lopes (CRP 03/BA-SE); Luciana Franco de Assis e Leiliana Sousa (CRP 04/MG); Tiago Regis (CRP 05/RJ); Ana Maria Gonzatto e Edson Ferreira (CRP 06/SP); Silvia Giugliani e Carolina dos Reis (CRP 07/RS); Ana Inês Souza (CRP 08/PR); Marlene Barbaresco (CRP 09/GO-TO); Letícia Maria S. Palheta (CRP 10/PA-AP); Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP 11/CE-PI-MA); Juliana Ried (CRP 12/SC); Katiúska Araújo Duarte (CRP 13/PB); Keila de Oliveira (CRP 14/MS); Eduardo Augusto de Almeida (CRP 15/AL); Patrícia Mattos Caldeira Brant Littig (CRP 16/ES); Zilanda Pereira de Lima (CRP 17/RN); Fabiana Tozi Vieira (CRP 18/MT); Lidiane de Melo Drapala (CRP 19/SE); Vanessa Miranda (CRP 20/AM-RR-RO-AC).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
XVIII Plenário
Gestão 2019-2022

Conselheiras(os) efetivas(os)

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Presidente
Anna Carolina Lo Bianco Clementino – Vice-Presidente
Izabel Augusta Hazin Pires – Secretária
Norma Celiane Cosmo – Tesoureira
Robenilson Moura Barreto – Secretário Região Norte
Alessandra Santos de Almeida – Secretária Região Nordeste
Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro-Oeste
Neuza Maria de Fátima Guareschi – Secretária Região Sul
Antonio Virgílio Bittencourt Bastos – Conselheiro 1

Conselheiras(os) suplentes

Katya Luciane de Oliveira – Suplente
Losiley Alves Pinheiro – Suplente
Rodrigo Aciolli Moura – Suplente
Adinete Souza da Costa Mezzalira – Suplente Região Norte
Maria de Jesus Moura – Suplente Região Nordeste
Tahina Khan Lima Vianey – Suplente Região Centro-Oeste
Célia Zenaide da Silva – Suplente Região Sudeste
Marina de Pol Poniwas – Suplente Região Sul
Ana Paula Soares da Silva – Conselheira Suplente 1

Plenário Responsável pela Primeira Edição

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA XV Plenário Gestão 2011-2013

Humberto Cota Verona – Presidente
Clara Goldman Ribemboim – Vice-presidente
Deise Maria do Nascimento – Secretária
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira

Conselheiros efetivos

Flávia Cristina Silveira Lemos – Secretária Região Norte
Aluízio Lopes de Brito – Secretário Região Nordeste
Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro – Secretária Região Centro- Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza – Secretária Região Sudeste Ana Luiza de Souza Castro – Secretária Região Sul

Conselheiros suplentes

Adriana Eiko Matsumoto
Celso Francisco Tondin
Cynthia Rejane Corrêa Araújo Ciarallo
Henrique José Leal Ferreira Rodrigues
Márcia Mansur Saadallah
Maria Ermínia Ciliberti
Mariana Cunha Mendes Torres
Marilda Castelar
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro
Roseli Goffman
Angela Maria Pires Caniato
Ana Paula Porto Noronha

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia apresenta à categoria e à sociedade a Referência Técnica para atuação de psicólogas no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS, produzido no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop), e que foi revisado a partir do documento publicado em 2013.

O CAPS foi estruturado para atender a Lei 10.216 de 2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, fruto de um intenso processo de mobilização social que ganhou o nome de Luta Antimanicomial, protagonizada por usuários e usuárias, trabalhadores e trabalhadoras da saúde mental, a qual o Sistema Conselhos de Psicologia sempre esteve presente. É um equipamento imprescindível no processo de reforma psiquiátrica, uma das pautas pelas quais o CFP lutou desde o início do movimento de luta antimanicomial.

O CAPS tem uma posição central na execução da política de saúde mental, no entanto, pouca atenção tem sido destinada ao seu fortalecimento e à implantação dos demais serviços que compõem a RAPS, o que acaba por fragilizar e sobrecarregar suas atividades.

Precisamos atuar para que a política de saúde mental seja implementada em sua totalidade, com orçamento, implantação dos demais equipamentos, com garantia de vínculos de trabalho estáveis, e com recursos materiais para que tanto o CAPS quanto a RAPS funcione plenamente.

A Política de Saúde Mental tem passado por um processo de desmonte, uma estratégia de desconstrução cujo objetivo é fragilizá-la e assim, (re) inventarem modelos que vão contra a Lei 10.216 de 2001. Como já afirmado (CFP, 2018), são modelos de instituições que violam direitos humanos, e com financiamento público.

O compromisso do Sistema Conselhos de Psicologia é pela defesa do SUS, e da política de saúde mental que deve ser executada em instituições “sem grades”, onde seus usuários possam conviver em família e sociedade, de forma laica, respeitando a diversidade humana, garantindo a liberdade e com total garantia de seus Direitos Humanos.

O XVIII Plenário do CFP agradece a todas e a todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da comissão ad hoc responsáveis pela redação. Desejamos que esta publicação seja um instrumento de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia e que possa auxiliar profissionais e estudantes no contexto de atuação do CAPS pensando essa área em uma perspectiva ampliada e crítica.

XVIII Plenário
Conselho Federal de Psicologia

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Associação Brasileira dos Psicólogos
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Abrasme	Associação Brasileira de Saúde Mental
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CNP	Congresso Nacional de Psicologia
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
Crepop	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CT	Comunidade Terapêutica
Dieese	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
Ecosol	Economia Solidária
EUA	Estados Unidos da América
MC	Ministério da Cidadania
MLA	Movimento de Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
Naps	Núcleos de Atenção Psicossocial
Nasf	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
Pnash/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares/Psiquiatria
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVC	Programa de Volta para a Casa
Raps	Rede de Atenção Psicossocial
RP	Reforma Psiquiátrica

Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Senapred	Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas
Senaes	Secretaria de Economia Solidária
SPSP	Sociedade de Psicologia de São Paulo
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

INTRODUÇÃO..... 14

O Crepop e processo de elaboração da Referência Técnica.....14

EIXO 1 – DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL 22

1. Cidadania e Singularidade.....23

2. Direito à Vida em Sociedade – Da Desospitalização à Desinstitucionalização..28

3. Participação Social.....35

4. Cuidado em Rede – A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o SUS41

EIXO 2 – PSICOLOGIA E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PERSPECTIVA 50

História entre a Psicologia, Estado brasileiro e sua
relação com as Políticas Públicas de Saúde/Saúde Mental.....50

Inserção da Psicologia no campo da Saúde Pública.....51

A formação em Psicologia.....55

O campo da saúde mental e sua relação com a Psicologia.....56

Desinstitucionalização: (Re)construindo possíveis caminhos para a Psicologia....65

Teorias em Psicologia e Atenção à Saúde Mental69

EIXO 3 – A ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NA POLÍTICA DO CAPS.. 73

Considerações sobre saúde mental e atenção psicossocial	75
A Clínica Ampliada no CAPS	77
O Acolhimento	78
O Projeto Terapêutico Singular (PTS).....	80
PTS e economia solidária – Ecosol	83
Apoio matricial	85
Atividades grupais.....	88
Atenção a situações de crise	90

EIXO 4 – GESTÃO DO TRABALHO 93

Desafios da Gestão Cotidiana do Trabalho nos CAPS.....	93
--	----

EIXO 5 – CONJUNTURA SOCIOPOLÍTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM CAPS.....109

(Re)politização das equipes como estratégias de resistência.....	115
Novas demandas que se apresentam aos CAPS.....	121

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS128

INTRODUÇÃO

O Crepop e processo de elaboração da Referência Técnica

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) é uma ferramenta do Sistema Conselhos de Psicologia que tem como objetivo sistematizar e difundir o conhecimento sobre a prática da psicologia nas políticas públicas. Busca, assim, evidenciar a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas, na interlocução com espaços de formulação, gestão e execução destas políticas. Esses objetivos demonstram o esforço do Sistema Conselhos de Psicologia em ampliar a atuação de psicólogas(os) na esfera pública, demarcando a importância dessa atuação na garantia de Direitos Humanos.

O Crepop tem como um dos seus principais instrumentos de orientação e qualificação as Referências Técnicas, importantes documentos com teor técnico, ético e político. A sua elaboração evidencia o processo democrático que dá sustentação ao Crepop, que prevê em sua metodologia a prerrogativa de ouvir a categoria acerca das práticas que desenvolvem nas políticas públicas e oportunizando, ainda, que a sociedade, de modo geral, manifeste sua opinião, através da consulta pública, em relação ao documento preliminar antes do lançamento da sua versão final.

Deste modo, a elaboração de uma Referência Técnica conta com algumas etapas. A primeira etapa é a coleta de dados quantitativos (via questionário *on-line*, com ampla participação da categoria) e

qualitativos (entrevistas em grupo e/ou individuais). Uma vez os dados coletados, estes são sistematizados e servirão de subsídios para a comissão de especialistas responsável pela escrita do documento. Esse texto produzido pela comissão é submetido à consulta pública, momento este em que a sociedade pode enviar contribuições à versão final. Só após essa etapa, o documento é lançado.

A presente Referência Técnica se propõe a atualizar o documento publicado inicialmente em 2013 intitulado *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. O surgimento deste tema direcionado ao Crepop como área de investigação ocorreu no V Congresso Nacional de Psicologia (CNP), realizado em 2004. A coleta de dados para a pesquisa ocorreu em 2007, executada pelos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e a partir daí se processou a sistematização dos dados e a posterior elaboração do documento até o momento da sua publicação.

Para a elaboração da primeira edição da Referência, foi organizada uma comissão de especialistas que, com base no que apontaram os dados coletados pelos CRPs, definiram os caminhos da escrita, apresentando o serviço, suas estruturas, a rede de atendimento, em interlocução com conceitos importantes que ancoram o fazer da Psicologia nos CAPS.

Seis anos depois da publicação da primeira edição, uma nova etapa é iniciada, com uma nova comissão de especialistas. O objetivo agora é revisar o primeiro documento, inserindo aspectos atuais ao texto original referentes ao momento político do país, aos impactos deste nas políticas públicas de saúde mental, aos avanços e retrocessos da política, a luta contra o racismo e a as discussões sobre a interseccionalidade e decolonialidade, às atualizações das práticas da Psicologia e ao papel desta no fortalecimento da política de saúde mental no Brasil, localizando o CAPS como o mote para a discussão de todos esses aspectos.

No tocante ao momento político atual, atravessamos profundas transformações no cenário nacional, com reflexos na condução das políticas públicas do país. Vale ressaltar que a pandemia que atinge o Brasil desde março de 2020 agravou crises já enfrentadas pelos brasileiros anteriormente, como a crise política, econômica e social. Infelizmente, no momento em que essa referência técnica passa por uma atualização, o país registra a triste marca de mais de 600 mil pessoas mortas pela covid-19, milhares de pessoas voltaram a viver em situação de vulnerabilidade alimentar, ainda não é possível mensurar a magnitude de todos os impactos acarretados pela crise sanitária que assola a todos em escala mundial, porém, percebe-se o reflexo desse contexto nos serviços de saúde mental.

Momento complexo e que exige que os profissionais e serviços exercitem sua capacidade criativa e de reinvenção para continuar assistindo a população e garantindo o acesso a uma saúde mental pública e de qualidade. Ao longo dos últimos 30 anos, tomamos a direção para a construção de uma política de saúde mental pautada pelo cuidado em liberdade, compreendendo o sujeito na sua integralidade e recorrendo aos recursos territoriais para a construção de um cuidado que fizesse sentido para as pessoas com sofrimento psíquico. Por causa das transformações no cenário político do país e do avanço de uma agenda conservadora, as conquistas no campo da saúde mental vão dando lugar ao passado e ao retorno de visões e práticas que promovem um retrocesso no cuidado com pessoas com algum transtorno mental.

Esta “nova” perspectiva se materializa com a publicação de novos marcos legais, como, por exemplo, a Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que direcionam a política pública para a lógica manicomial, apontando o retorno dos investimentos do dinheiro público para implantação de novos hospitais psiquiátricos, reforçando a internação como prática principal do cuidado em saúde mental. Além disso, a Nota Técnica nº 11/2019 reforça as comunidades tera-

pêuticas como equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), desvirtua os propósitos dos Serviços Residenciais Terapêuticos e cria uma nova modalidade de serviço para atendimento dos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, os CAPS AD IV, reforçando a estigmatização de territórios e populações que neles vivem.

Diante de tantos retrocessos, a Psicologia brasileira tem se posicionado de forma a garantir uma política de saúde mental nos moldes que preconiza os princípios da Reforma Psiquiátrica (RT) brasileira segundo dois importantes marcos legais, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, e a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Para tanto, convoca não só a categoria, mas a população em geral para defender um cuidado em saúde mental que leve em consideração o protagonismo dos sujeitos atendidos e sua efetiva participação no cuidado a ele ofertado. Um cuidado que leve em conta sua singularidade e o lugar em que vive, ou seja, que leve em consideração todas as nuances do território onde o sujeito vive. A liberdade do/no cuidado se faz fundamental para a efetivação de uma lógica antimanicomial e contra qualquer tipo de mercantilização do sofrimento humano. As práticas psicológicas ofertadas no campo da saúde mental precisam corresponder ao que preconiza tanto estes fundamentais marcos legais como também todos os princípios e valores contidos no nosso código de ética e na declaração universal dos direitos humanos

No tocante ao racismo, nos últimos anos o CFP e CRPs têm intensificado ações voltadas ao seu combate, um debate necessário e que precisamos trazer para o campo das políticas públicas, especialmente para a saúde mental. De maneira muito breve, apresentaremos alguns motivos pelos quais é imprescindível que psicólogas e psicólogos possam ampliar o olhar para as diversas formas de racismo e seus impactos e produção de sofrimento mental no cotidiano das pessoas negras e pardas, especialmente usuários das políticas públicas de saúde e saúde mental.

Primeiramente, reafirmarmos que o racismo é um sistema de opressão, uma forma de violência, um processo de exclusão e de produção de sofrimento mental, ou seja, é um tema que deve estar no cotidiano de atuação de psicólogas e psicólogos. Segundo Munanga (2019), uma das peculiaridades do racismo à brasileira é “o silêncio, o não dito, que confunde todos os brasileiros e brasileiras vítimas e não vítimas.” não basta estarmos atentas(os) às práticas deliberadamente racistas, é preciso saber reconhecer o racismo velado.

O GT Racismo e Saúde, da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, aponta que cerca de 70% dos usuários do SUS se declaram pretas(os) e pardas(os). Ou seja, uma população que está vulnerável às diversas manifestações de racismo com severos impactos na saúde mental desta população.

O racismo institucional pode ser definido como “o fracasso coletivo de uma organização para prover um serviço apropriado e profissional para as pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica”. (Documento da *Commission for Racial Equality*, 1999 apud Sampaio, 2003, p. 82). Precisamos nos perguntar se as pessoas negras e pardas têm dificuldades específicas de acessar a política de saúde mental e como podemos superar essa situação. O racismo institucional também pode ser observado pela quantidade de pessoas negras que trabalham nas políticas públicas e em quais posições dentro das instituições.

Estamos diante de uma população que passa por sofrimentos psíquicos decorrentes do racismo, de maneira reiterada, silenciosa, velada. Compreender esse processo de exclusão, suas consequências, produzir reflexões e mudanças fazem parte do compromisso ético da Psicologia, para qual o CFP convoca a categoria a se posicionar veementemente contra tais práticas, sendo necessário dar a devida atenção e acolhimento. Não basta apenas estar consciente sobre o racismo que salta aos olhos, é necessário um olhar sensível para identificar as formas silenciosas do racismo, bem como desenvolver

estratégias para abordar o tema, seja junto a pacientes, gestores e trabalhadores do SUS

A seguir uma lista de produções do CFP que contribuem significativamente para esse movimento, todas disponíveis gratuitamente no site do CFP:

- Relações Raciais: Referência Técnica para atuação de Psicólogas(os).
- Boletim CDH/CFP maio de 2020 - A luta antimanicomial é também uma luta antirracista AUTORAS: Eliane Silvia Costa Jeane Saskya Campos Tavares.
- Implicações da Resolução 018/2002 no trabalho das/os psicólogas/os frente ao racismo AUTORAS: Célia Zenaide da Silva Cinthia Cristina da Rosa Vilas Boas
- Boletim CDH/CFP 7ª Edição: Um outro olhar sobre o 13 de maio Entrevista com MATHEUS GATO DE JESUS;
- Boletim CDH/CFP 7ª Edição: Agenda Abandonada: Pandemia, Democracia, Racismo, Crianças e Adolescentes AUTOR: Fábio José Garcia Paes
- Boletim CDH/CFP 9ª Edição: Ori entre as preces de Fanon e as evocações de Beatriz Nascimento AUTOR: Rodrigo Ferreira dos Reis

Assim, diante do cenário atual, não podemos admitir, enquanto categoria, o retorno de práticas que aviltem os sujeitos e o submetam a tratamentos que firam sua dignidade e seus direitos enquanto pessoa. Assim, esta referência tem o compromisso ético de possibilitar as(os) psicólogas(os), apesar de todos os retrocessos vividos neste momento histórico, um caminho para práticas libertadoras e compromissadas com o cuidado em liberdade e o acolhimento das mais diversas expressões do sofrimento psíquico.

Assim, os CAPS são espaços onde se materializam essas possibilidades de cuidado, tornando-se um equipamento de suma importância e um local de resistência contra os retrocessos e a favor

do cuidado em liberdade, do acolhimento e da compreensão das diversas possibilidades de cuidado de acordo com as singularidades de cada sujeito que acessa esses serviços. A clínica e a política estão presentes nestes espaços numa constante “disputa” entre submissão e subversão. A política, traduzida neste momento pelo retrocesso no cuidado e retorno à lógica manicomial, submete a clínica. A clínica, soberana neste espaço de cuidado, subverte esta política que oprime e que mercantiliza o sofrimento. Porém, apesar do necessário tensionamento na prática diária nos serviços, esta posição de subversão constante pode provocar um desgaste nas relações dentro dos serviços. Assim, a tentativa de encontrar um equilíbrio entre clínica e política se faz necessária para que não haja posições cristalizadas nesta relação e que a submissão seja no intuito de acatar uma lógica libertária e a subversão seja a liberdade de criar no cuidado diário de pessoas com sofrimento psíquico.

Esta referência torna-se um documento de extrema importância pelo momento atual que estamos passando e expressa o desejo da categoria em continuar buscando uma prática dentro dos CAPS que possibilite às(aos) psicólogas(os) o exercício da profissão marcado pelos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Diante disso e a partir da realização da 16ª Conferência Nacional de Saúde no que tange às suas deliberações, aponta para a revogação imediata dos marcos legais (portarias, decretos, notas técnicas) que promovem o retrocesso da política de saúde mental no Brasil e direcionam o cuidado para uma lógica manicomial. Também deliberada na citada Conferência, exige-se a convocação imediata da 5ª Conferência Nacional de Saúde Mental, espaço democrático para discussão e construção de propostas com a participação efetiva dos usuários, trabalhadores e gestores efetivando o papel fundamental do controle social na construção da política pública de saúde mental.

Mais uma vez entendemos a revisão desta referência como fundamental para o momento atual em que vivemos. Fruto do esforço

de uma comissão especializada formada na tentativa de garantir a participação e a representação de todas as regiões do país, propõe uma discussão e um revisitação de pontos construídos e debatidos anteriormente, com o intuito de aproximar a(o) profissional do que realmente estamos vivenciando e refletindo nos CAPS pelo país afora.

Para tanto, a revisão desta referência propõe 5 eixos de discussão, em que serão apresentadas e discutidas questões relevantes para contribuir com o saber/fazer das(os) psicólogas(os) nos CAPS, quais sejam:

- Dimensão ético-política da política de saúde mental;
- Psicologia e a política pública de saúde mental: a necessária mudança de perspectiva;
- A atuação da(o) psicóloga(o) no CAPS;
- Gestão do trabalho;
- Conjuntura sociopolítica da atenção à saúde mental e a atuação da(o) psicóloga(o) no CAPS.

Pautar as revisões dos documentos até aqui publicados demonstra o compromisso do Crepop em cumprir, de forma ética e qualificada, com seu papel de orientador do exercício da Psicologia nas políticas públicas. Tendo em vista o caráter dinâmico das políticas e os avanços que a Psicologia, como ciência e profissão sofre na medida em que se consolida nas políticas públicas, essa revisão se faz necessária e importante para que essa Referência Técnica continue servindo como um importante norteador da prática profissional.

Por fim, convidamos toda a categoria e a sociedade em geral para acessar esta referência e dela fazer uma leitura crítica para contribuir na construção de um entendimento sobre o cuidado em saúde mental que desconstrua o imaginário social sobre o sofrimento psíquico e que possamos cada vez mais compreender que este cuidado deve ser feito sempre em liberdade e respeitando a existência e a forma de cada um/uma ser e estar no mundo.

EIXO 1 – DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

A prática profissional da(o) psicóloga(o) expressa sempre uma concepção de homem e de sociedade que contribui com a construção de uma nova ordem social. Há uma perspectiva teleológica da atuação da(o) psicóloga(o) que se traduz no marco ético-político da atuação profissional.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Constituição da República Federativa do Brasil, o Código de Ética da Psicologia e a Lei nº 10.216/2001 são as bases fundantes da atuação da(o) psicóloga(o) nas políticas de saúde mental e são aqui expressas nos princípios de:

1. Cidadania e singularidade;
2. Vida em sociedade;
3. Participação social;
4. Cuidado em rede.

1. Cidadania e Singularidade

Declaração Universal dos Direitos Humanos

Artigo I Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação uns aos outros com espírito de fraternidade.

[...]

Artigo VI Todo ser humano tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Constituição da República Federativa do Brasil

Art. 3º Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

[...]

IV – Promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Lei nº 10.216/2001

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de dis-

criminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

A psiquiatria se constitui de forma efetiva na Europa no final do século XIX e ganha através de Philippe Pinel, médico francês, o estatuto de ciência sustentada na Medicina.

A partir desse momento, a loucura passa a ser domínio da medicina e reconhecida como doença mental. Baseia-se no modelo clínico que se constitui como tal, ao isolar, reconhecer diferenças e semelhanças, agrupar e classificar tendo como referência os conceitos de normalidade e de desviante. Enquanto tal, com o objetivo de cura, a doença mental passa a ser tratada em instituições específicas destinadas a esse fim. Surge o manicômio ou hospital psiquiátrico. Estabelecem-se as bases do projeto biomédico curativo orientado pela perspectiva da ciência positivista.

Cabe-nos aqui, retomando a contribuição de Foucault, desnaturalizar as concepções que possibilitaram o confisco da cidadania do louco, quando a loucura é capturada na forma de doença sob o poder da medicina.

Desde a Antiguidade e até o Renascimento, havia um lugar para o louco na sociedade dado pela possibilidade de sentido, de decifração do seu discurso pelo homem de bom senso. Por um lado, a proximidade física com o louco no cotidiano, por outro lado, a distância que o separa do homem comum por concepções que qualificavam seu delírio como trágico, cósmico e até mesmo esotérico, de alguma forma, portador de uma verdade do mundo.

Principalmente no Renascimento, como nos mostra Michel Foucault em sua obra *História da Loucura*, surgem as primeiras concepções de loucura que a identificarão como uma fissura na razão. Temos, então, o ser humano em conflito consigo mesmo, o sujeito

diante de sua desordem e a loucura como constitutiva do homem. Tal proximidade do homem com a loucura que o habita, paradoxalmente, é acompanhada do isolamento físico e da incomunicabilidade dos ditos “loucos” na sociedade.

Da dessacralização da loucura e perda do seu caráter escatológico, nasce uma nova percepção que permitirá ordená-la em função dos imperativos econômicos, éticos e jurídicos emergentes na sociedade a partir da Revolução Francesa. Nesse processo, observa-se o acirramento da condenação ética da Loucura: se a razão é o caminho para a virtude, ao louco como sujeito alienado, despossuído de razão, só resta o vício. A ideia de vício associada ao indivíduo desviante considerado anormal se concretizará na concepção de “alienado mental” de Pinel.

A primeira forma de exclusão social de indivíduos na sociedade foi o isolamento da lepra – os leprosários se multiplicaram por toda a Europa do final do século XI até o século XIV, chegando aos milhares. A lepra era associada ao pecado, à impureza, à desonra e entendida como castigo divino: os leprosários eram vistos como cidades malditas. A partir do século XV, desenvolve-se a resistência da população a essa doença infectocontagiosa que desaparece do horizonte social.

Ainda no século XV, pobres, vagabundos, prostitutas, sífilíticos e alienados habitarão os antigos leprosários. O fenômeno do Grande Enclausuramento se desloca da figura do leproso como personagem de rejeição no imaginário social, para essas outras figuras sociais.

Os asilos com a função de controle e vigilância cumprem o objetivo de eliminar a desordem e impor uma ordem pública coerente com o posterior nascimento das cidades modernas e o novo ordenamento urbano.

No século XIX, o ato de Pinel que pretendia ser libertador ao retirar os loucos das correntes, de fato, não possibilitou sua inscrição no espaço social, pois ele agora estará marcado pela condição de

alienado mental submetido às práticas psiquiátricas dos manicômios. Estes espaços mantêm a função de controle e vigilância dos asilos por meio do tratamento moral. O tratamento moral propõe a organização da vida cotidiana com atividades laborativas e a submissão às ordens da instituição com o objetivo de reeducação do alienado.

O conceito de alienação enquanto comprometimento da razão produz um lugar para o louco de exclusão do pacto social. Dá-se, então, um processo de tutelamento, no qual o saber técnico-científico legitima as leis que autorizam a interdição civil do alienado com base na autoridade médica. O conceito de alienação também produz um lugar para o louco onde ele é incapaz do juízo e, portanto, perigoso para si e para os demais. Dessa forma, em nome da proteção da sociedade e de si próprio, o louco é destituído do poder de decisão e considerado inábil para gerir sua vida.

Ao longo da história, o estatuto de ciência sempre foi colocado em questão no que se refere à “medicina mental”. A psiquiatria, desde seu nascimento, enfrenta dificuldades por tratar de fenômenos psíquicos que não são codificáveis nos termos da cientificidade nascente, não atendem às exigências do método experimental proposto com base nas ciências exatas. Essa questão era problemática para que a psiquiatria se consolidasse como ciência médica.

O método clínico, construído no final do século XVIII e início do XIX, possibilitará o status de ciência pretendido pela psiquiatria. O método clínico abstrai o sujeito, fixando seu olhar sobre o corpo doente e reduz o sujeito à sua doença. O sujeito silenciado em seu corpo doente e sua doença mental define-se não pelas suas particularidades, mas apenas pelas repetições que serão classificadas e categorizadas como preconiza o método científico. Porém, como abordar o ser humano de forma objetiva, ou seja, depurando-o de todos os elementos afetivos e valorativos, sem destruir sua principal característica, a subjetividade?

O método clínico possibilita importantes transformações:

- O saber médico-filosófico do alienismo em clínica psiquiátrica com base organicista;
- O asilo de alienados em hospital psiquiátrico e
- O tratamento moral em procedimentos terapêuticos, como choque insulínico, lobotomia etc., que serão, posteriormente, substituídos pelos psicofármacos.

Hoje, as práticas psiquiátricas estabelecem bases biológicas para o sofrimento psíquico, aproximando os fenômenos mentais das doenças orgânicas. O diagnóstico conceitual, após as diversas versões de classificação das doenças mentais, redefine-se como verificação de sinais e sintomas. Reduz-se a função diagnóstica à operação de classificação dos sintomas em transtornos segundo o relato pontual do indivíduo. Aprimora-se com o diagnóstico a subordinação do sujeito à bioquímica cerebral.

Amarante (1996) reafirma a necessidade de escapar à noção de doença ou transtorno mental por meio da desconstrução das simplificações e conceituações psiquiátricas realizadas pelo modelo clínico e suas práticas de diagnóstico e intervenção como um dos passos fundamentais para a retomada da complexidade do processo saúde-loucura. Recomplexificar o conceito de loucura que foi simplificado como doença. (Re)compor, (re)contextualizar pela retomada perspectiva histórica e existencial do sujeito.

Essa nova forma de relação com o louco e suas experiências subjetivas colocam um novo lugar para a(o) profissional da Psicologia, lugar ético e político de mudança: “o de romper com a medicalização e psiquiatrização da sociedade como processos de dominação do corpo, substituindo a fórmula doença-cura e o ideal de “reparação do dano” pela noção de produção de subjetividade e reprodução social dos sujeitos e da cidadania”, AMARANTE & TORRE (2001).

Após a *História da Loucura*, de Foucault (2003), na perspectiva do marco ético-político da cidadania e singularidade, não é possível

falar em humanização ou modernização do hospital psiquiátrico e de seus dispositivos clínicos, mas somente em sua negação, entendida como recusa à perpetuação dessa instituição, colocando-a continuamente em crise.

2. Direito à Vida em Sociedade – Da Desospitalização à Desinstitucionalização

Lei nº 10.216/2001

Art. 2º

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

II – Ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

[...]

IX – Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

[...]

Art. 4º

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

O Hospital Psiquiátrico era a única instituição destinada ao tratamento de saúde mental até o início do século XX. Após a Segunda Guerra Mundial, mostrou-se inadequado para atender o enorme contingente de jovens que estava traumatizado pelos efeitos da guerra, dada sua semelhança com os campos de concentração. Era necessário recuperar a força de trabalho para o projeto de reconstrução dos países destruídos pela guerra.

Ao longo da segunda metade do século XX, na Europa e Estados Unidos, ocorreu uma revisão das formas de tratamento da doença mental e da organização da assistência psiquiátrica, que influenciou muito o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. As principais críticas ao modelo asilar referiam-se à constatação de que o hospital não era terapêutico e denunciavam o seu caráter segregador e autoritário. As mudanças inicialmente propostas estavam centradas na dinâmica do funcionamento do hospital psiquiátrico e só posteriormente centraram-se nos seus fundamentos estruturais.

Na década de 1950, com o objetivo de resgatar a função terapêutica do Hospital Psiquiátrico, Maxwell Jones propõe modificações na sua dinâmica institucional com objetivo de transformar o hospital num espaço democrático e participativo – as Comunidades Terapêuticas. Cabe destacar que as Comunidades Terapêuticas que descreveremos em seguida não são o que conhecemos hoje com o mesmo nome.

A Comunidade Terapêutica (CT) utilizou primordialmente de dois dispositivos: as Assembleias diárias e a Direção ou Conselho dos pacientes. As Assembleias diárias com a comunidade do hospital reuniam em torno de 100 pessoas, com participação de familiares, técnicos e pacientes para o amplo debate de todos os aspectos do funcionamento da instituição. Nas Assembleias, questionava-se, de acordo com as crises vividas coletivamente, o cotidiano da instituição e a naturalização de suas práticas. As tensões levantadas nas Assembleias eram trabalhadas em grupos terapêuticos com os

internos. A Direção ou Conselho dos pacientes, que inicialmente cuidava do funcionamento cotidiano da instituição (limpeza, alimentação etc.), teve responsabilidades crescentes ao longo do período em que existiu.

Outra vertente de revisão do Hospital Psiquiátrico foi a Psicoterapia Institucional de Tosquelles, que na década de 1940 propôs como principal diretriz a transformação do hospital a partir do seu interior: cuidar do hospital para que ele pudesse tornar-se agente de saúde mental. Compreendia-se o imobilismo e o caráter segregador do hospital como doença da instituição.

A Psicoterapia Institucional propõe o Clube Terapêutico enquanto experiência de autogestão. O Clube era atividade associativa dos internos, familiares, amigos e funcionários com o objetivo de gerir a vida cotidiana do serviço, assumindo a responsabilidade das compras e despesas dos ateliês, organização de passeios e festas. Assim como a gestão do hospital, também a gestão da vida era entendida como tarefa dos que a vivenciavam, não devendo ficar restrita aos especialistas, pois, segundo Tosquelles, seria uma “deformação profissional”.

A Psicoterapia Institucional defende a ideia de hospital aberto onde se realizam trocas a partir da comercialização dos produtos. Se no manicômio o trabalho era socialmente inútil, compondo o disciplinamento do tratamento moral com rotinas de horários e atividades, Tosquelles defende o trabalho dos internos como atividade de rendimento real, tendo como inspiração as cooperativas vinculadas ao movimento social e sindical espanhol.

A Psicoterapia Institucional defende a manutenção do hospital como espaço de acolhimento das diferenças e valorização de cada sujeito a partir da transformação das relações entre usuários e profissionais e de maior intercâmbio com a comunidade local.

A Psicoterapia Institucional e a Psiquiatria de Setor, inicialmente, movimentos quase indissociáveis, paulatinamente vão se

desvinculando, à medida que a setorização ganha ambições de política pública planejadora e perde seu vínculo com as ideias originais de Tosquelles.

A Psiquiatria de Setor adotou a territorialização e a setorização da assistência, permitindo a continuidade do tratamento desde sua internação no hospital até seu pós-alta na comunidade. Subdividiu o espaço interno do hospital, destinando uma enfermaria para a população de cada território delimitado – setor administrativo. Em cada Setor, criou centros de saúde mental que funcionavam de forma articulada com a enfermaria do hospital. Pretendiam, dessa forma, diminuir as internações, seja evitando as reinternações, seja mesmo a internação de novos casos.

Baseada também no princípio da desospitalização, a partir da década de 1960 e principalmente na década de 1970, a Psiquiatria americana foi marcada pelas ideias de prevenção em saúde mental de Caplan, que consistia na intervenção sobre as condições individuais e ambientais de formação da doença mental, seu diagnóstico precoce para evitar as internações e reinternações em Hospital Psiquiátrico. A prevenção incluía a diminuição de agravos por meio da readaptação do indivíduo à vida social após a alta hospitalar.

A abordagem preventivista na saúde mental baseia-se na definição de parâmetros, de padrões de comportamento a serem evitados, portanto, implica a noção de desvio e o conceito de adaptação/desadaptação. Essa abordagem produziu um aumento importante da demanda psiquiátrica dos Estados Unidos da América (EUA), pois os serviços extra-hospitalares tornaram-se grandes captadores de novas clientela. Assistimos à medicalização da ordem social com a expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para o conjunto da sociedade.

Resumindo, as mudanças assistenciais propostas pela Psiquiatria de Setor na França e pela Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos enfatizam a racionalização administrativa para otimização dos recur-

tos sanitários. Propõem levar a psiquiatria à população, ampliando a assistência em espaços extra-hospitalares com a reprodução da lógica hospitalar na comunidade. Assim, todas as propostas citadas acima se estruturam no Hospital Psiquiátrico e o mantém mantêm como etapa do tratamento.

Ao longo da década de 1960, Erwing Goffman publica *Manicômios, Prisões e Conventos e Estigma: Notas Sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*, que trarão elementos importantes para o questionamento da estrutura do Hospital Psiquiátrico como espaço de violência institucional.

A instituição total de Erwing Goffman assinala as semelhanças entre hospitais psiquiátricos e prisões, assim como quartéis, escolas internas, mosteiros e conventos, pois os entende como categorias de um conceito único. Todas essas instituições se caracterizam pelo seu “fechamento” mediante barreiras que impedem o contato social com o mundo exterior. Seu traço principal é que a instituição total concentra todos os diferentes aspectos da vida de uma pessoa (trabalho, lazer, descanso etc.) no mesmo local e sob a autoridade de uma equipe dirigente. Uma vida fechada e formalmente administrada que, ao longo do tempo, tornará a pessoa incapaz de enfrentar aspectos de sua vida diária. Os indivíduos internados têm, como parte de suas obrigações, a participação nas rotinas do estabelecimento na forma de submissão pessoal. As atividades são realizadas por um grupo relativamente grande de pessoas, todas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as coisas em conjunto.

O controle e a vigilância sobre o conjunto dos internados estão sob a responsabilidade do grupo dirigente, que faz cumprir as normas estabelecidas por meio de diversos mecanismos. Dirigentes e dirigidos tendem a conceber o outro mediante estereótipos limitados: os primeiros tendem a sentir-se superiores e corretos e os segundos, inferiores, fracos e censuráveis. Os rituais de ingresso despem a pessoa de seus referenciais identificatórios e de seu papel social por

meio de uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações que afetam o conceito que tinha de si mesmo. Elementos arquitetônicos das instituições totais – dormitórios coletivos, banheiros sem portas e celas com grades no lugar de paredes – rompem as fronteiras que o indivíduo estabelece entre seu ser e o ambiente, de modo que não há privacidade pessoal. O controle minucioso é extremamente limitador numa instituição total. As normas de conduta privam o indivíduo da oportunidade de equilibrar suas necessidades e objetivos. Vive-se o controle como tiranização mediante um processo de infantilização social, que retira da pessoa sua autonomia, liberdade de ação e capacidade de decisão. É comum a obrigação de pedir permissão para realizar atividades que o indivíduo poderia executar sozinho se estivesse no mundo externo: fumar, ir ao banheiro, barbear-se, tomar banho e outras atividades.

É assim que, quando o doente entra no hospital psiquiátrico, alienado pela doença mental, pela perda das relações pessoais com o outro e, portanto, pela perda de si mesmo, em vez de encontrar ali um lugar onde possa libertar-se das imposições dos outros sobre si e reconstruir seu mundo pessoal, depara-se com novas regras e estruturas que o impelem a objetificar-se cada vez mais, até identificar-se com a instituição. Comportamentos de apatia, o desinteresse, olhar perdido, comportamentos estereotipados, comportamento submisso são confundidos, muitas vezes, com sintomas de doença, mas são, de fato, efeitos da institucionalização.

Na década de 1970, a Psiquiatria Democrática Italiana de Franco Basaglia coloca em questão a existência do manicômio no centro da discussão sobre Reforma Psiquiátrica por entendê-lo como uma instituição de violência e violadora permanente dos direitos humanos e de cidadania. Posterior a todos os modelos citados, a Psiquiatria Democrática Italiana se apropria das propostas de construção de espaços democráticos e de gestão participativa, concepção de trabalho útil como gerador de renda e intercâmbio social e regionalização da

assistência. Porém, Basaglia vai além, orientado pela perspectiva de superação gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços de saúde mental que tem como centro o território.

O projeto essencial da Psiquiatria Democrática Italiana é devolver aos sujeitos sua condição de cidadania e participação social, e para isso instaura uma ruptura com o saber médico sobre a loucura: a desinstitucionalização.

A desinstitucionalização é o trabalho de destruição e reconstrução, a começar da instituição do hospital psiquiátrico, mas também dos saberes que o constituem, espraiando-se por todas as dimensões da vida. Destrói a concepção do louco como doente mental – no qual a pessoa foi reduzida à doença e o gesto de sua expressão humana reduzido aos sinais e sintomas da psicopatologia – para reconstruí-lo na sua complexidade de ser humano. Não se trata apenas de uma mudança das concepções de saúde-doença, mas de uma ruptura com o paradigma hegemônico da psiquiatria tradicional.

Há uma mudança do foco de intervenção: a doença é substituída pelo sujeito em seu sofrimento, que é constitutivo da experiência humana, ampliando-se o foco para a saúde mental. Abordam-se tanto questões subjetivas como aquelas objetivadas por aspectos que dizem respeito à história de vida do sujeito e às suas condições de existência na sociedade.

Importante destacar que ao cuidar do sofrimento decorrente da exclusão social e culpabilização individual relacionada a situações de preconceito e/ou discriminação pela a loucura, é necessário atentar à associação com o racismo, homofobia, machismo, sexismo, xenofobia que são marcados pela desigualdade social e econômica, configurando violência estrutural.

Os desafios atuais para a prática da(o) psicóloga(o) ainda são muitos diante das novas formas de assujeitamento que podem prescindir dos muros das instituições totais, modulando a vida, produ-

zindo existências assujeitadas pela regulamentação da vida. Foucault (2003) alerta-nos que as ciências e práticas ‘psi’ têm seu lugar no ordenamento da relação do indivíduo com sua subjetividade e seus sofrimentos sempre que as dimensões conflitivas, do imprevisível, irreduzível e inapreensível da subjetividade são negadas.

3. Participação Social

Declaração de Alma-Ata (1978), desde então reafirmada nas conferências subsequentes

[...]

IV) É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde.

Constituição da República Federativa do Brasil

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC n° 29/2000, EC n° 51/2006, EC n° 63/2010 e EC n° 86/2015)

I –

[...]

III – participação da comunidade.

Lei nº 10.216/2001

Art. 2º

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

[...]

VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

O conceito de saúde proposto na Carta de Ottawa (1986), como ação sobre si e sobre o contexto em que se vive – família, vizinhança, bairro, cidade, país, planeta –, é a base da clínica ampliada que pressupõe a valorização da subjetividade e das trocas sociais. A promoção da saúde inclui a produção de sujeitos e espaços coletivos fortalecidos em sua capacidade de identificar e transformar os fatores que determinam a saúde.

A clínica ampliada na perspectiva da Reforma Psiquiátrica incluiu em seu espectro de visão, análise e atuação as relações de poder que perpassam a vida social. É uma clínica que está atenta às novas formas de assujeitamento e que se sustenta sendo crítica. Desse modo, a dimensão política que perpassa a clínica se amplifica. Essa clínica enfrentará a realidade do hospital psiquiátrico, onde

qualquer forma de poder do paciente apresentava-se como negatividade pura do sintoma e desvalor.

Como ultrapassar a convivência humanizada e tolerante em espaços muito restritos e protegidos que mantém o desvalor do usuário de saúde mental e sua exclusão social? Como inventar pontes para o mundo em projetos de vida cidadã?

A Reforma Psiquiátrica, na sua dimensão sociocultural, propõe um novo lugar para a loucura na nossa sociedade. Empoderamento, autonomia e protagonismo indicam características e objetivos da clínica que, ao lado de mudanças macropolíticas, concretizarão essa proposta por meio da invenção de novos espaços e formas de sociabilidade e participação.

O conceito de autonomia refere-se à capacidade de escolha e ação do sujeito em viver de acordo com regras próprias para realizar escolhas nas situações que enfrenta, reconhece certo grau de dependência na relação que se estabelece com o mundo. Os usuários de saúde mental, muitas vezes, estabelecem poucas relações e vivem uma dependência restrita/restritiva, sendo necessária a ampliação e diversificação dos espaços de pertencimento dos usuários para além do campo sanitário.

O conceito de empoderamento propõe o aumento do poder contratual dos usuários de saúde mental desde a relação que estabelece com os profissionais nos serviços para as decisões sobre seu tratamento, assim como em outros espaços, pela proposição de mudanças do cotidiano nos vários cenários da vida.

O protagonismo enquanto construção coletiva conforme Amarante e Torre “requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político”.

Dois lados da mesma moeda são a ampliação da clínica e a atuação cidadã dos usuários, familiares e profissionais de saúde mental que marcam a história da Reforma Psiquiátrica.

É visceral a atuação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) nas décadas de 1970 e 1980, do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) a partir de 1993 e de todos os coletivos que atuaram no desencadeamento da Reforma Psiquiátrica e na sustentação de seus princípios ao longo do tempo.

A indignação e a mobilização diante da mercantilização da loucura e da hegemonia de uma rede privada de hospitais marcada pelo descaso e violência da assistência psiquiátrica no Brasil culminaram com a formação do MTSM.

O MTSM surge, inicialmente, como fórum de profissionais para luta e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Agregava não só trabalhadores da saúde mental, mas cada vez mais usuários e familiares. Articulações com instâncias da reforma sanitária – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – e com lideranças e estudiosos críticos do processo de Reforma Psiquiátrica em outros países – Robert Castel, Franco Basaglia, Erwing Goffman, Felix Guattari, entre outros – foram fundamentais para fortalecer o movimento.

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1986 é marco da história da política de saúde pública brasileira, que propôs a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, enfatizou a importância de participação da população na formulação de suas diretrizes. Incentivava-se a realização de conferências específicas para aprofundamento da discussão de alguns temas como a saúde mental.

Em 1987, o MTSM resiste à realização da I Conferência Nacional de Saúde Mental no formato de congresso (somente com participação de profissionais e instâncias administrativas) e deflagra conferências municipais e estaduais, nas quais essa participação pudesse ocorrer com indicação de delegadas(os) para a etapa nacional.

Ainda em 1987, o MTSM organiza o seu II Congresso Nacional, em que é elaborado o Manifesto de Bauru, que é marco decisivo para

a constituição posterior do MLA. É criado o Dia Nacional da Luta Antimanicomial – 18 de maio – e proposto o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, com o objetivo de discutir com a sociedade a exclusão das pessoas com sofrimento psíquico.

A ampliação da participação de associações de usuários e familiares e a participação de ativistas de direitos humanos com uma articulação capilar no território nacional lançam o MLA como movimento social importante no processo da Reforma Psiquiátrica.

Em 1993, organizam o I Encontro Nacional da Luta Antimanicomial, no qual é elaborada a Carta dos Direitos dos usuários e familiares dos serviços de saúde mental. O MLA conquista representação na Comissão Intersetorial de Saúde Mental conquistando representação na Comissão intersectorial de Saúde Mental do Conselho Nacional de Saúde, que marca sua presença na política nacional de saúde.

No âmbito das conferências que ocorreram posteriormente, cabe destacar que o MLA sempre teve papel de destaque por praticar a diretriz de participação social, muito além do formalmente previsto na legislação do SUS pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Após vigorosa pressão de diversos movimentos sociais que realizaram várias manifestações, inclusive a histórica Marcha dos Usuários, em 30 de setembro de 2009, em Brasília, é realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental em 2010.

O MLA organiza regularmente eventos próprios desde 1993, além de estimular e contribuir para a organização de encontros de associações de usuários e familiares de saúde mental em âmbito nacional.

Em 2007, na reunião anual da Abrasco, é criada a Associação Brasileira de Saúde Mental (Abrasme) como organização não governamental que reúne usuários e familiares, profissionais de diversas áreas atuantes nas políticas públicas e ligados às questões de raça/etnia, gênero, sexualidade, diversidade cultural e direitos humanos.

Os objetivos da Abrasme estão voltados para a produção de conhecimento e ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil.

Dessa forma, a participação social é componente importante do processo de afirmação de singularidades possíveis, forjado nos encontros, parcerias, embates e discussões que se dão no cotidiano, tanto nos espaços instituídos formais, criados para que as pessoas participem levando suas reivindicações, quanto nos encontros que compõem o dia a dia da vida do usuário da saúde mental em um CAPS como efeito dos processos instituintes que aí possam se produzir, seja na definição de seu Projeto Terapêutico Singular (PTS), seja na participação das Assembleias ou nas reuniões do Conselho Gestor do CAPS ou nas Conferências de Saúde Mental.

Guattari e Rolnik (1986), quando indicam a dimensão micropolítica da formação do desejo no campo social, ou seja, a dimensão macropolítica, destacam o imbricamento entre clínica e política. São dimensões que diferem sem, contudo, divergirem, e que necessariamente são complementares uma à outra.

A formação de associações de usuários, familiares e trabalhadores(as) é importante estratégia para a participação política. Configuram-se como ações de defesa de direitos e exercício de controle social no sistema de saúde para que indivíduos e coletivos de saúde mental se desenvolvam e se apropriem de espaços para a participação da vida em sociedade.

Dentre as teses aprovadas na IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), destacamos essa que sintetiza o princípio da participação social como marco ético-político da atuação da(o) psicóloga(o) na política de saúde mental:

“A ampliação da participação da população nas decisões do cotidiano dos serviços e nas instâncias de controle social deve incluir estratégias que incentivam o fomento, a capacitação e qualificação

das associações e movimentos de saúde mental, organizados por representação e o incentivo à promoção de reuniões de usuários e familiares, em assembleias participativas nos serviços de saúde mental. As capacitações para o exercício do controle social devem contemplar temáticas de saúde mental e serem feitas em parcerias com universidades. Para tanto, seria fundamental a inclusão dos diferentes atores da rede de saúde mental, a sensibilização dos profissionais de saúde para integrarem os conselhos, o convite a outros movimentos sociais e estímulo à organização de todos os atores em associações, conselhos e participação nas conferências” (BRASIL, 2010, p. 38).

4. Cuidado em Rede – A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o SUS

Declaração Universal dos direitos Humanos

Artigo XXI

[...]

2. Todo ser humano tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

Lei nº 10.216/2001

Art. 2º

[...]

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades.

A Política Nacional de Saúde Mental propõe a assistência em rede de base comunitária para a atenção à saúde mental, essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A articulação em rede dos variados serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, assim como outros espaços da cidade: associações, cooperativas, parques, entre outros – nos cenários onde se dá a vida comunitária, é crucial para a constituição de referências capazes de acolher a pessoa em sofrimento mental e enfrentar a complexidade da tarefa de inclusão de pessoas estigmatizadas em um país com tamanha desigualdade social.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental num determinado território. São o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Prestam atendimento clínico de saúde em regime de atenção diária, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos. Devem ser, portanto, substitutivos e não complementares ao hospital psiquiátrico.

Essa concepção de CAPS e de rede substitutiva se constrói a partir da década de 1970, quando se desencadeiam os processos de Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária no Brasil com mudanças dos modelos de assistência e gestão nas práticas de saúde e defesa da saúde pública e coletiva. Embora contemporâneo da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira tem uma

história própria, relacionada com o contexto internacional de mudanças pela superação do modelo manicomial.

Como vimos anteriormente, a Reforma Psiquiátrica brasileira é um processo político e social complexo que, além de atores em contextos diversos, inclui o imaginário social e a opinião pública. A atuação do MTSM, posteriormente o Movimento da Luta Antimanicomial, atualmente também a Abrasme, contribuiu de forma fundamental para o delineamento da atual política de saúde mental do Ministério da Saúde nas Conferências Nacionais de Saúde Mental, sempre alinhada com os princípios da Reforma. Destacaremos a seguir o processo de implantação da rede de serviços substitutiva e a sanção de novas leis e normas que consolidam a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

No final da década de 1980, após a promulgação da Constituição Brasileira com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a realização da I e da II Conferência Nacional de Saúde Mental, tem início o processo de intervenção da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, com a implantação de Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), que funcionam 24 horas, cooperativas, residências para os egressos do hospital associações de usuários e familiares. A experiência do município de Santos é marco no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

No campo legislativo e normativo, em 1989, dá entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado que propõe a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país. Iniciam-se, em seguida, as primeiras experiências de construção de uma rede integrada de atenção à saúde mental em vários estados brasileiros.

Na década de 1990, são definidas as primeiras normas federais que regulamentam a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, Naps e Hospitais-dia, ainda sem uma política de financiamento.

A política do Ministério da Saúde para a saúde mental ganha contornos mais definidos somente a partir de 2001 com a aprovação da Lei nº 10.216 e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Nesse momento, é estabelecida uma linha específica de financiamento para a rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, são definidas as diretrizes para a fiscalização e redução progressiva dos leitos psiquiátricos existentes e proposta a implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos para pessoas que estavam institucionalizadas em hospitais psiquiátricos (Portaria GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000).

A Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, amplia a abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados – CAPS I, CAPS II e CAPS III – com base em critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para área de álcool e outras drogas (CAPS AD) e infância e adolescência (CAPS i), sendo assim descritos na Portaria nº 3.088/2011 do Ministério da Saúde:

- CAPS I: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias. Sua implementação pode acontecer em municípios com população acima de vinte mil habitantes;
- CAPS II: é direcionado para o atendimento de pessoas com transtornos mentais graves, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local, indicado para municípios com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS III: atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento

noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD, indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;
- CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes; e
- CAPS i: atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

A política de desinstitucionalização teve um forte impulso com a implantação do Pnash/Psiquiatria (Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002), o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria, que propõe nova configuração com substituição progressiva dos macro-hospitais por outros de pequeno e médio porte (até 160 leitos), melhoria da qualidade da assistência hospitalar em psiquiatria em hospitais psiquiátricos do país e leitos de unidades psiquiátricas em hospital geral. O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (Pnash/Psiquiatria) instaura o processo avaliativo sistemático com critérios para uma assistência psiquiátrica hospitalar compatível com as normas do SUS.

Em 2003, com a Lei nº 10.708, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas, além da implantação dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), é incrementado com a criação do Programa “De Volta para Casa”, que oferece auxílio-reabilitação psicossocial para apoiar o direito de morar e conviver em liberdade nos territórios e a promoção de autonomia e protagonismo dos usuários egressos de longas internações.

A rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão a partir de 2001 com a promulgação da Lei nº 10.216/2001. Nesse ano, existiam 295 CAPS e 85 SRTs, com ampliação desse número para 2.209 CAPS e

289 SRTs em 2014. Essa ampliação ocorreu inclusive em municípios onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente, conferindo aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência.

Os recursos financeiros destinados predominantemente à assistência hospitalar, a partir de 2005, financiam em maior proporção os CAPS – há uma reversão do investimento das verbas públicas com maior financiamento de serviços da rede substitutiva.

A partir da promulgação da Lei nº 10.216/2001, também se inicia o processo de constituição da Política Nacional de Álcool e outras Drogas e da Saúde Mental Infante-Juvenil.

O tema do uso do álcool e de outras drogas é, historicamente, associado à criminalidade à oferta de “tratamentos” baseados na exclusão dos usuários do convívio social. A partir de 2002, o Ministério da Saúde implementa programas em âmbito nacional, reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica situada no campo da saúde mental. A principal estratégia utilizada é a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema e a abordagem de redução de danos (Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002).

No campo da saúde mental de crianças e adolescentes, é a partir de 2003 que se inicia a construção de propostas para a consolidação de uma política de saúde para esta população específica com a publicação de *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-juvenil*, em 2005, e criação do Fórum Nacional de Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (Portaria GM nº 1.608/2004). A consolidação da rede de CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil) tem se revelado fundamental para a mudança nos paradigmas de assistência à infância e adolescência.

Dentre os principais desafios da Reforma Psiquiátrica na Política Nacional de Saúde Mental estão a inclusão social pelo trabalho e a acessibilidade e equidade da assistência à saúde mental.

Em relação à inclusão pelo trabalho, os diversos serviços da rede de atenção à saúde mental fomentam a criação de cooperativas e associações que realizam oficinas de geração de renda com ótimos resultados, porém sua sustentação institucional e financeira ainda é frágil.

O documento da “Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas”, em 2005, aponta para o desafio do acesso ao cuidado de saúde mental na rede pública. Estima-se que 3% da população necessita de cuidados contínuos em saúde mental em virtude de transtornos severos e persistentes e que de 10% a 12% da população ainda que não sofre transtornos severos precisa de cuidados em saúde mental, na forma de consulta médico-psicológica, aconselhamento, grupos de orientação, entre outros.

Essa realidade exige uma rede de cuidados densa, diversificada e efetiva com a potencialização da Atenção Básica para a abordagem das situações de saúde mental, sem o que não serão possíveis respostas efetivas para o desafio do acesso. A proximidade das equipes entre as equipes do CAPS e da Saúde da Família é estratégica para atingir esse objetivo.

Porém, nem sempre os profissionais da Atenção Básica apresentam condições para dar conta desta importante tarefa. O matriciamento proporciona suporte técnico da equipe do CAPS ou Núcleo de Apoio à Saúde da Família(Nasf) às equipes de Saúde da Família por meio de compartilhamento do cuidado. Esse compartilhamento se efetiva por meio de discussões conjuntas de situações, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos, e na forma de supervisão e capacitação para favorecer a formação em serviços dos profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Porém, muitos obstáculos ainda precisam ser superados.

Diante dos desafios de articulação do cuidado, surge a proposta de articulação em rede para isso – a Portaria GM nº 3.088/2011 no seu art. 5º define a Rede de Atenção Psicossocial como sendo constituída pelos seguintes componentes:

I – Atenção básica em saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade Básica de Saúde;
- b) Equipe de atenção básica para populações específicas:
 - 1. Equipe de Consultório na Rua;
 - 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório;
- c) Centros de Convivência;

II – Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades;

III – Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Samu 192;
- b) Sala de Estabilização;
- c) UPA 24 horas;
- d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro;
- e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros;

IV – Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Unidade de Recolhimento;
- b) Serviços de Atenção em Regime Residencial;

V – Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

- a) Enfermaria especializada em Hospital Geral;
- b) Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

VI – Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

- a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII – Reabilitação psicossocial.

Em tempos de retrocessos, referente à “Atenção residencial de caráter transitório”, é publicada a Portaria MC nº 582/2021 que estabelece normas e procedimentos administrativos para as Comunidades Terapêuticas (CTs) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (Senapred). Cabe-nos alertar que o funcionamento das Comunidades Terapêuticas atualiza a lógica manicomial marcada pela violência institucional. Encontramos práticas de isolamento e restrição ao convívio social que se impõe seja pelas restrições às saídas e visitas, seja pela incomunicabilidade e dificuldade de acesso, além de graves violações de direitos no cotidiano dessas instituições, conforme foi denunciado pelo CFP (2017) no Relatório da Inspeção em Comunidades Terapêuticas.

A configuração da assistência de saúde mental em rede de modo articulado e integrado entre todos os pontos de atenção à saúde e com outros recursos do território para atender às necessidades de diversas dimensões da vida com acesso ampliado e qualificado por meio do acolhimento contínuo, inclusive na atenção à crise, conforme consta na Portaria GM nº 3.088/2011, deve orientar a atuação da(o) psicóloga(o) na saúde pública.

EIXO 2 – PSICOLOGIA E A POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE MENTAL: A NECESSÁRIA MUDANÇA DE PERSPECTIVA

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural, nada deve parecer impossível de mudar”

(Bertolt Brecht).

História entre a Psicologia, Estado brasileiro e sua relação com as Políticas Públicas de Saúde/Saúde Mental

O Brasil ao longo dos anos vivenciou diversos modelos de organização social, desde o período colonial, passando pela república, período ditatorial, e sua redemocratização e a construção da atual Constituição brasileira em 1988. Com isso, se faz necessário resgatar historicamente a relação entre a Psicologia e o Estado brasileiro para compreender sua inserção nas políticas públicas, especialmente no âmbito da saúde.

A década de 1960 trouxe grandes marcos para a Psicologia, especialmente pela regulamentação da profissão. A realidade brasileira também passava por transformações, como no ano de 1964, em que o país sofreu um golpe civil-militar, implantando assim o período

ditatorial, caracterizando-se como um recorte sombrio na trajetória do Brasil, marcado por censuras e diversas violações dos direitos humanos, como torturas, assassinatos, repressão das liberdades individuais e coletivas.

Tal período marcou também a história da constituição da Psicologia, pois nesse momento iniciou-se a criação das entidades regulamentadoras do exercício profissional das(os) psicólogas(os), visando à defesa e organização da categoria (SILVA, 2017). Assim, a regulamentação da profissão ocorreu a partir da aprovação da Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, em decorrência da atuação de entidades como a Sociedade de Psicologia de São Paulo (SPSP) e a Associação Brasileira dos Psicólogos (ABP) (SILVA, 2017).

As práticas psicológicas da época eram baseadas numa suposta neutralidade, demonstrando uma função normalizadora para adaptar os indivíduos a uma sociedade desajustada e opressora. Além disso, não se pronunciava frente à violência de Estado, sendo conivente com esse sistema repressivo (SCARPARO et al., 2014). Os reflexos da ditadura militar no meio acadêmico repercutiram também na consolidação de teorias e metodologias psicológicas que assegurassem um perfil de profissional liberal e elitista que não trabalhava o sujeito no seu contexto social.

Inserção da Psicologia no campo da Saúde Pública

Na década de 1980 é possível perceber uma ruptura com tais práticas, havendo, inclusive, uma abertura política, pois a categoria passou a questionar a realidade social e o próprio caráter normatizador de sua atuação e das entidades da Psicologia. A inserção da Psicologia no campo da saúde pública ocorre mediante as reivindicações do Sistema Conselhos de Psicologia para a criação do cargo de psicóloga(o) na saúde pública, assim como a crise do mercado de trabalho no campo da clínica particular. Tal inserção se dá num

contexto de efervescência dos movimentos sociais, especialmente dos movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, que estabelecem mudanças nas políticas de saúde.

O modelo de saúde que perdurava no Brasil até o ano de 1980 era baseado em práticas curativistas, individuais, com uma visão fragmentada dos sujeitos, atendendo aos interesses das classes dominantes e ao sistema capitalista. Durante os anos da ditadura militar, 1964 a 1985, no Brasil, os manicômios foram de grande importância, pois eram locais usados também para colocar aqueles considerados indesejáveis à nova configuração social e política do país. Os governos militares consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com um aumento da contratação de leitos e clínicas conveniadas, que rapidamente cresceram para atender à demanda (SAKAGUCHI & MARCOLAN, 2016).

Portanto, no que se refere à saúde mental, o modelo assistencial baseava-se nas práticas de hospitalização e intervenções psiquiátricas clássicas, sustentando-se no modelo asilar e hospitalocêntrico, que, além de estigmatizar e maltratar os sujeitos, determina a criação de uma indústria da loucura e mercantilização da saúde. Os hospícios representarão, então, uma forma de manejo da população considerada resíduos improdutivos e de uma enorme massa de sujeitos que não respondiam às exigências de contratualidade das novas formas de organização da vida social brasileira. No interior dos hospícios e de instituições médicas correlatas, o desenvolvimento e a expansão dos conhecimentos psicológicos representavam a contribuição da Psicologia como ciência afim à Psiquiatria. A Psicologia subsidiava não apenas as finalidades de higienização social, como apontava para um conjunto de práticas clínicas, de origem profilática e direcionadas aos sujeitos considerados normais (ANTUNES, 2001).

Destarte, Bock (1999) compreende que as(os) psicólogas(os) brasileiras(os) concentram sua atuação no campo da clínica privada, desenvolvendo uma prática elitista e descolada do movimento

histórico do país. É apenas a partir da década de 1980 que, por meio de movimentos encabeçados inicialmente pelas entidades organizativas da categoria, a profissão começa a pautar pontos relativos às possibilidades de respostas da Psicologia às urgências das lutas sociais travadas na direção da redemocratização da sociedade e da promoção da justiça social. É assim que as(os) psicólogas(os), e suas entidades organizativas, passam a se implicar em processos como a luta por melhores condições de trabalho, compreendendo a necessidade de políticas de proteção integral às crianças e adolescentes, a luta por saúde pública universal e integral, dentre outros. A Psicologia passa a ter em sua pauta a discussão, como categoria, das graves desigualdades da sociedade brasileira e a promoção de políticas de proteção e garantia de direitos sociais.

É nesse momento histórico que as(os) profissionais psicólogas(os) participam ativamente dos movimentos pela Reforma Sanitária no país, citados no capítulo anterior, essenciais para a futura instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), ao mesmo tempo que também nesse momento há uma importante participação da categoria no Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental, que em 1987 se transforma em Movimento da Luta Antimanicomial, com a participação de usuários familiares e da sociedade civil organizada, como vimos anteriormente. Em virtude de todo esse processo de envolvimento da Psicologia com a garantia de direitos e com as ações necessárias diante do acirramento das desigualdades na sociedade brasileira, destacando o seu compromisso com a garantia da promoção e da atenção integral à saúde como política pública, ocorreu um significativo crescimento da presença das(os) psicólogas(os) nas políticas públicas, especialmente de saúde.

Uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia do Estado de São Paulo em 1981 apontava que das(os) 20 mil psicólogas(os) inscritas(os), 66% atuavam na profissão, sendo que a maioria trabalhava como autônoma(o) na área clínica e apenas 4%

das(os) psicólogas(os) desenvolviam suas atividades no serviço público (BOCK, 1999). No entanto, esse cenário tem se modificado ao longo do tempo, à medida que a Psicologia também avança como ciência e profissão, conformando novos campos de atuação.

No ano de em 2009, a pesquisa “Quem é o Psicólogo Brasileiro” foi atualizada, indicando que, apesar da permanência de pouco mais de 50% da categoria na atividade clínica, na sua imensa maioria desenvolvida de forma privada e autônoma, há uma expansão de áreas de atuação da categoria e uma maior presença da Psicologia nas políticas públicas, especialmente no campo da saúde. Conclui a pesquisa que, excetuando-se cerca da metade da categoria que desenvolve suas atividades profissionais como autônomas(os), o setor público já se caracterizava na época como o maior empregador das(os) psicólogas(os): 40,3% estão no setor público, sendo a maior concentração na saúde pública.

Segundo o relatório elaborado pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE, 2016), em 2014 as(os) profissionais da psicologia atuavam prioritariamente nas atividades de educação, saúde e serviços sociais, englobando quase 110 mil psicólogas(os), ou seja, 74,8% delas(deles) encontravam-se ocupadas(os) nessa atividade. Em segundo lugar, com mais de 26 mil pessoas, está a administração pública, que representava 18% do total. Tal panorama evidenciou o grau de mudança que as práticas psicológicas e a própria constituição da Psicologia como ciência e profissão passaram ao longo dessa jornada.

Assim, nas últimas duas décadas e desde a instituição do SUS, há uma significativa ampliação da presença de psicólogas(os) nas políticas públicas de saúde e uma importante implicação da categoria com a garantia do direito à atenção integral à saúde, por meio de sua participação nas lutas e no trabalho cotidiano do SUS. Do mesmo modo, torna-se essencial a participação das(os) trabalhadoras(es) psicólogas(os) na reorientação do modelo de assistência em saúde

mental na saúde pública, levando a uma reconstrução dos compromissos e das práticas tradicionalmente acumuladas e desenvolvidas pela profissão

A formação em Psicologia

Nesse sentido, a formação da(o) psicóloga(o) brasileira(o) tem sido alvo de debate e reflexão desde muito antes da regulamentação da profissão, na busca constante da qualificação teórico-metodológica, ética e técnica. A profissionalização da Psicologia e a perspectiva da formação superior como possibilidade de ascensão para as camadas médias da população levaram ao aumento do número de cursos e da procura de estudantes para esses cursos. “Em 1975, vamos assistir a um verdadeiro *boom* de psicólogos(os) e de escolas de Psicologia” (BOCK, 1999, p. 75). Contudo, o currículo mínimo para cursos de Psicologia, estabelecido pelo Parecer nº 403 do Conselho Federal de Educação, aprovado em dezembro de 1962, baseava-se na transmissão de conhecimentos organizados em um conjunto específico de disciplinas e praticamente não considerava o contexto sociocultural no qual o curso estava inserido. Portanto, esse modelo de formação, baseado apenas na reprodução de informação, aponta para a constituição de um perfil profissional reprodutor de um conhecimento já existente, por vezes importado de uma realidade distinta daquela encontrada no país (VIEIRA-SANTOS, 2016).

Assim, novas diretrizes curriculares foram desenvolvidas, evidenciando a importância dos processos formativos no intuito de transformar as práticas, as perspectivas e o perfil das(os) profissionais psicólogas(os). É nesse contexto que o conceito de compromisso e responsabilidade social começa a ser inserido. Desse modo, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), que autoriza e reconhece os cursos de Psicologia, propõe que a formação seja generalista, humanista, crítica, reflexiva, ética e transformadora instituindo com a Resolução

nº 287, de 8 de outubro de 1998, a Psicologia como uma categoria profissional de saúde (CFP, 2018). Somando-se ao conceito ampliado de saúde nas políticas públicas, colocando-se a necessidade de uma formação profissional que garanta a inclusão de conteúdos teóricos-metodológicos e práticas comprometidos com o fortalecimento e os princípios do SUS (CFP, 2018).

O campo da saúde mental e sua relação com a Psicologia

O campo de fenômenos para o qual se orientam as políticas públicas de saúde e de saúde mental desde a instituição do SUS apresenta-se como processo social complexo. O objeto deixa de ser a doença ou a doença mental como processo natural ou abstrato e converte-se no conjunto de condições concretas de existência da população, os determinantes sociais dos processos saúde-doença, suas expressões em experiências de sofrimento de sujeitos singulares. Assim, as(os) profissionais que desde a instituição do SUS passam a compor as equipes dos diversos serviços da rede de atenção à saúde estão orientadas(os) para intervenções que representem transformações no território, compreendido não apenas como espaço físico, com suas características e condições próprias, mas como campo de relações, de vínculos e de modos e formas de organização da vida produzidos pelos seres humanos que nele habitam. Como resultado, do ponto de vista da construção histórica dos conhecimentos e práticas no campo das ciências e profissões da saúde, fomos tecendo um novo direcionamento, que se coloca no sentido da exigência da produção de estratégias que respondam às diretrizes do SUS e, no caso da saúde mental, à política de Reforma Psiquiátrica brasileira.

Portanto, a significativa inserção das(os) psicólogas(os) no SUS e nos serviços de saúde mental, impulsionados pelo projeto

antimanicomial forjado a partir dos movimentos sociais, produziu um redirecionamento da Psicologia, ao lado de outras profissões da saúde, em relação à sua tradição histórica relativa às orientações éticas, teóricas e metodológicas. O transtorno mental, tomado como situação-limite de um processo social complexo que se expressa e se constitui como sofrimento na experiência de sujeitos singulares, provoca a definição de uma nova forma de atuação para a Clínica, exigindo transformações metodológicas e tecnológicas para o atendimento em saúde mental.

A esse respeito, a obra de CUNHA (1986) é de especial valia, na medida em que, ao analisar os prontuários das pessoas internadas no hospício do Juquery, um dos primeiros hospitais psiquiátricos brasileiros, na primeira metade do século XX, evidencia como os crivos para a construção dos diagnósticos e para a determinação das medidas de internação e tratamento estão, antes de tudo, no desvio social do comportamento, quando não nas expressões culturais ou físicas, próprias de uma raça. Vale citar alguns exemplos:

Os estigmas de degeneração física que apresenta são os comuns de sua raça: lábios grossos, nariz esborrachado, seios enormes, pés chatos - Prontuário, Maria José, 22 anos, negra, internada em 12-3-1920 (CUNHA, 1986, p. 124).

[...] Frequentou o colégio, onde aprendeu a ler e escrever. Não consta que houvesse padecido de moléstias graves. Foi sempre um pouco débil de constituição, como de regra sucede com os mestiços entre nós. Por morte de seu progenitor é que começa a sua história mental propriamente dita. Usufruindo pequeno rendimento de herança, entregou a si mesma, começou a revelar-se incapaz de gerir seus bens, que dissipava sem conta [...]. Um pouco mais tarde, sua conduta entrou

a manifestar singularidades. Certa vez, comprou trajes masculinos e saiu a viajar nesse estado. Foi reconhecida como mulher e presa pela polícia [...]. Achamos, pelo exposto, que se trata de uma degenerada fraca de espírito em que se vai instalando pouco a pouco a demência - Prontuário, Antônia P. de A., 22 anos, parda, solteira, procedente da capital, internada em 22-6-1918 (CUNHA, 1986, p. 143).

Percebe-se a reprodução de um discurso racista, que reforça preconceitos e estereótipos também direcionados à questão de gênero, fomentador de inúmeras violações de direitos e sofrimento que impacta fortemente a vida das pessoas. A possibilidade dessa leitura crítica sobre o campo do saber psiquiátrico, o qual permitiu a abordagem dos sujeitos considerados loucos pelo diagnóstico psiquiátrico, alerta para o fato de que as formas de gerenciamento historicamente produzidas no campo médico-sanitário foram, originalmente, formas de agenciamento da vida social. Portanto, há que se produzir uma nova perspectiva de leitura sobre o objeto que inaugura a Psiquiatria e outras ciências “psis”, que supere sua redução à patologia, a qual serve à manutenção de dimensões que historicamente violam subjetividades, por vezes sendo ocultadas.

Tal perspectiva marca, com diferentes resultados em termos de referências teóricas, o ponto de partida e a direção para a qual apontam importantes experiências de Reforma Psiquiátrica e sua relação com a Psicologia. Em termos da experiência brasileira, entendemos que o conceito de atenção psicossocial orienta um novo olhar sobre o objeto das ciências, práticas e políticas do campo da saúde mental. Constituindo-se como um paradigma no campo da saúde mental coletiva, a atenção psicossocial orienta o desenvolvimento do projeto institucional dos serviços da rede substitutiva de saúde mental, sobretudo os CAPS, que são pontos estratégicos nessa rede.

Para Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003), o conceito psicossocial tem suas origens ligadas, de um lado, às transformações no campo da medicina que apontaram para a integração da dimensão social constitutiva das enfermidades e para a necessidade de dimensionar efeitos individuais e coletivos nas práticas em saúde (Medicina Integral, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária). De outro lado, ao conceito psicossocial, que remonta às transformações da prática psiquiátrica operadas no segundo pós-guerra pelos movimentos de críticas ao Hospital Psiquiátrico, sua visão de doença mental e tratamento. Para os autores, o conceito psicossocial designa as “[...] práticas em Saúde Mental Coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria” (COSTA-ROSA, LUZIO e YASSUI, 2003, p. 19).

A atenção psicossocial “tem sustentado um conjunto de ações teórico- práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modelo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria” (COSTA-ROSA, LUZIO e YASSUI, 2003, p. 31). A Reforma Psiquiátrica é um movimento político, ético e o processo de sua construção não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

De acordo com Amarante (2009), o processo da Reforma Psiquiátrica pode ser dividido em quatro eixos, referindo-se ao campo teórico-conceitual, técnico- assistencial, jurídico-político e sociocultural. Tal processo contou com a participação de diversos setores da sociedade, entrelaçando-se em certa medida ao próprio desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão, ocorrendo junto a um amplo contexto político e em meio às transformações sociais.

Nesse sentido, a compreensão do primeiro eixo é essencial para referenciar a intervenção capaz de promover uma ruptura com o modelo biomédico e psiquiátrico tradicional, visando à construção de uma nova perspectiva, compreendendo a saúde como um

processo (saúde-doença), fruto das condições de vida e do lugar ocupado por cada sujeito social (MELO, 2012). Assim, neste eixo nos deparamos com a prevalência da desconstrução de conceitos e práticas apoiados na Psiquiatria e na Psicologia que mantêm suas visões apenas na doença mental e não no sujeito (COSTA-ROSA, LUZIO e YASSUI, 2003).

Ao invés da doença, o trabalho com pessoas com graves transtornos mentais refere-se ao sofrimento de sujeitos concretos e singulares, tomando-se como referência a determinação psíquica e sociocultural dos problemas. O paradigma “doença-cura” é substituído pelo paradigma “existência-sofrimento”. Nas palavras de Costa-Rosa, Luzio e Yassui (2003, p. 32):

Tem-se construído noções e conceitos como “existência-sofrimento” do sujeito na sua relação com o corpo social, paradigma estético, acolhimento, cuidado, emancipação e contratualidade social. O campo técnico-assistencial está ligado à dimensão conceitual, pois nele se concentra a construção de serviços substitutivos ao manicômio. Além disso, os saberes e as práticas das(os) profissionais de saúde, o cotidiano dos serviços, a forma como se estruturam para atender às demandas, as articulações com a rede assistencial e social de apoio compõem a dimensão técnico-assistencial da atenção psicossocial (VASCONCELOS et al., 2016). A atenção psicossocial aponta para a necessidade de construir dispositivos e redes que representam a superação do modelo asilar, assim como intervenções que direcionam a assistência para as transformações necessárias nas configurações subjetivas e nos processos de produção social.

Tal contexto reflete diretamente na conformação do nosso campo profissional, considerando que a partir da década de 1980, especialmente a política de saúde mental, prioriza a criação de equipes multidisciplinares como forma de melhorar a qualidade dos atendimentos, trazendo ao campo da saúde profissões, até então estranhas a ele, entre elas a Psicologia, sendo uma das áreas com mais profissionais contratadas(os) na época (MUHL, 2015).

As mudanças não se concentram apenas no âmbito assistencial, como demonstra a dimensão jurídico-política que exerce um grande impacto no processo da Reforma Psiquiátrica, promovendo uma série de mudanças na legislação sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos novos conceitos e ações que historicamente vinculavam a loucura com a periculosidade, a incapacidade social e a irresponsabilidade (MELO, 2012). Além disso, engloba todas as tensões e disputas decorrentes do processo da Reforma, evidenciando a sua relação com o Estado e redefinindo as relações sociais e civis em termos de cidadania, de direitos humanos e sociais (YASUÍ, 2006).

Desse modo, as mudanças na legislação passam a incorporar também a nossa categoria profissional, uma vez que a presença das(os) profissionais da Psicologia na assistência à saúde mental como integrantes da equipe de atendimento está registrada na Portaria nº 224/SNAS de 1992 que dita as diretrizes e normas para os estabelecimentos em saúde mental no Brasil, preconizando atividades comunitárias, visitas domiciliares e atendimento à família, dentre outras.

Porém, anteriormente houve um momento muito expressivo para a abertura de debates dessa dimensão que ocorreu em 1989, quando o deputado Paulo Delgado (MG) propôs uma lei que regulamenta os direitos das pessoas com transtornos mentais, apontando para a progressiva extinção dos manicômios no país. A Lei nº 10.216, aprovada somente em 2001, conhecida também como Lei Paulo

Delgado, representou um marco na trajetória da Saúde Mental no Brasil e a sua conformação como política pública.

Assim, as(os) psicólogas(os) começam a ser inseridas(os) na composição dos quadros funcionais e equipes multiprofissionais de hospitais psiquiátricos e dos novos serviços de atenção psicossocial, principalmente os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial e Hospitais-dia (MUHL, 2015). Portanto se faz necessária a presença do Estado para definir e implementar as políticas públicas, e, no âmbito da saúde, é preciso estudar sobre o papel do Estado, a sua relação com a Sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes (MENEZES e FARIA, 2016).

Vale ressaltar que

[...] A presença dos psicólogos nas políticas públicas não consiste apenas em uma questão de abertura de mercado de trabalho para a profissão, mas em maquinação das relações de poder entre a psicologia e a sociedade para que se cumpram outras demandas do campo social (MACEDO e DIMENSTEIN, 2012, p. 444).

Nesse sentido, Basaglia (2005) ressalta medidas adotadas no Brasil para atender as pessoas com transtornos mentais, alguns avanços que atualmente estão em risco, como: Redução progressiva dos leitos psiquiátricos de hospitais especializados; Qualificação, expansão e fortalecimento da rede extra-hospitalar; Programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica; Implantação do Programa de Volta para a Casa; Implementação da Política de Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

Com a implementação da Reforma Psiquiátrica, surgiram transformações na assistência em saúde mental, o que possibilitou avanços quanto ao reconhecimento dos direitos das pessoas com transtornos

mentais, o retorno destas ao contexto familiar e comunitário, modificando a concepção da internação psiquiátrica como única forma de tratamento (SILVA e ROSA, 2014). Porém, para que o processo da Reforma Psiquiátrica seja efetivo, é preciso incidir também sobre os aspectos socioculturais, sendo necessária a quebra de paradigmas e preconceitos.

Nesse sentido, Amarante (2009) considera que o campo sociocultural se refere à transformação do lugar social da loucura, sendo um ponto estratégico, possibilitando a ampliação da Reforma Psiquiátrica para além de modificações no modelo assistencial, abarcando um conjunto de intervenções que promovem a criação de outro modo de ver e lidar com a loucura no imaginário social, podendo utilizar espaços como associações de usuários e familiares, cooperativas sociais, projetos comunitários, entre outros (LIBERATO, 2011).

É importante compreender que:

Dependendo da maneira como cada profissional se insere, organiza e maneja os conhecimentos teórico-técnicos e prático-profissionais necessários para atuar na Saúde Mental, e se movimenta politicamente nos espaços de luta dentro e fora dos serviços, pode ou não efetivar e dar sustentação para a defesa das mudanças que se quer implantar nesse campo no País (MACEDO e DIMENSTEIN, 2012, p. 425).

Portanto, é de extrema importância o debate sobre a relação entre loucura, cidade e cultura, visando à desconstrução de práticas estigmatizantes, violentas, e saberes que aprisionam.

Tal discussão evidencia o esforço desse processo em não ser reduzido apenas às questões teóricas e técnico-assistenciais, transpondo a desospitalização. É necessário o deslocamento da atenção em saúde mental para serviços substitutivos, territoriais e

integrados à rede mais ampla de saúde, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que promovem o cuidado em liberdade e comunitário e com isso buscar a desconstrução da realidade manicomial, extrapolando a queda das estruturas físicas, construindo novas realidades, produzindo novas epistemológicas, políticas e sociais, para transformar toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009). Assim, a orientação ético-política aponta para a construção permanente, dentro e fora dos serviços, da condição de cidadania daqueles historicamente invalidados nas relações sociais.

Essa perspectiva de linha de cuidados exigiu e exige do sistema de saúde e das profissões nele inseridas um processo longo e complexo orientado pela possibilidade de a pessoa se apropriar do seu processo de saúde e doença, conseguindo protagonizar novas formas de lidar com seu adoecimento e construir novas possibilidades de vida comunitária, familiar, de relações afetivas, novos trânsitos em campos e espaços de trabalho. As posturas profissionais devem estar orientadas para essa finalidade. Desse modo, as(os) psicólogas(os) precisam buscar e construir leituras que respondam a essas exigências. A(o) psicóloga(o) necessita perceber as dificuldades relativas a cada território de convivência e os desafios postos na busca por direitos de cidadania das pessoas com as quais trabalha, como dimensão essencial na constituição dos processos de sofrimento sob os quais intervêm.

De certo modo, podemos dizer que as(os) psicólogas(os), na medida em que carregam como especificidade nesse campo uma leitura sobre a dimensão do sofrimento produzido nas múltiplas relações e determinações relativas a cada caso, têm como desafio a possibilidade de construir a crítica ao discurso que reduz experiências humanas e processos complexos à psicopatologia. Como ensinou BASAGLIA (1985), é preciso negar a doença como objeto e, em seu lugar, tomar a existência-sofrimento do sujeito na sua relação

com o corpo social. É preciso desconstruir a intervenção orientada pela cura, portanto, construir ações orientadas para a finalidade da emancipação e comprometidas com a criação de possibilidades de produção da vida e de participação e convivência social.

Desde uma perspectiva antropológica sobre o fenômeno da loucura, o trabalho da(o) psicóloga(o) incide menos sobre a cura de uma doença ou um sintoma e mais sobre a produção de subjetividades que, podemos dizer, devem se produzir como subjetividades inconformadas. Inconformadas no sentido da recusa à reprodução apática, homogênea e pasteurizada imposta pela sociedade moderna, por suas formas de controle, pela organização de suas relações de trabalho e pelos processos de sustentação do modo de produção vigente. Subjetividade é processo vivido e tecido ao longo da trajetória do sujeito. Para ser insurgente, primeiro é preciso acolher no próprio corpo a sua inquietação e o seu traço de diferença. As(os) psicólogas(os), como outros trabalhadores dessa clínica, não produzem apenas intervenções técnicas, mas antes disso disponibilizam acolhimento para dar suporte à travessia que o outro deve construir em sua experiência como sujeito humano. A ética que queremos afirmar está pautada nos valores da igualdade de direitos e do respeito às diversidades e cabe aos profissionais, parceiros neste empreendimento de tecer novas biografias e produzir novas subjetividades, o questionamento permanente acerca da direção da transformação que estão construindo na realidade através da sua atuação.

Desinstitucionalização: (Re)construindo possíveis caminhos para a Psicologia

É importante realizarmos um resgate sobre o modo como ocorreu a institucionalização da loucura, percebendo os elementos existentes nessa linha do tempo que nos conduziram até o momento

atual, para que assim seja possível compreender o caminho inverso, que vai no sentido da desinstitucionalização da loucura, das pessoas, e dos modos de fazer cuidado. Ressaltando que para Sampaio e Júnior (2021) o processo histórico de institucionalização da saúde mental pode ser dividido em alguns períodos, sendo caracterizados pelo seu contexto político, econômico e social, considerando a organização do sistema de saúde e as características da atenção em saúde mental.

Para os autores, a institucionalização tem início ainda no Período Imperial, com um modelo curativista e centrado nas internações, atravessando o período do autoritarismo durante a ditadura militar, seguido pela redemocratização do país e pela aprovação da Constituição Federal em 1988, que apontava o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica (RP). Desse modo, vale ressaltar que entre 2001 e 2016 ocorrem avanços institucionais na Reforma Psiquiátrica, valorização das políticas sociais e de distribuição de renda, sendo instituída a criação da Raps, e a expressiva diminuição dos leitos psiquiátricos, produzindo também o arcabouço legal e normativo para a desinstitucionalização.

No entanto, o último período entre os anos de 2016 e 2019 demonstra retrocessos no processo da RP, com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, a ocupação do governo por setores conservadores e em seguida a eleição da extrema direita, com implantação de uma agenda ultraliberal que favoreceu a restrição orçamentária do SUS (SAMPAIO e BISPO JÚNIOR, 2021). Contexto que se agravou, especialmente, após a aprovação da Emenda Constitucional nº 95 aprovada em 2016 e que está em vigor desde 2017, que congela os investimentos nas políticas de proteção social, como saúde, assistência social e educação por 20 anos.

No entanto, apesar dos desmontes que a saúde pública enfrenta, a desinstitucionalização de pessoas que apresentam sofrimento psíquico é uma tarefa que o SUS tem se empenhado, direcionando forças para implementar, por meio da Raps, juntamente com os Programas

de Volta para a Casa (PVCs), Serviço Residencial Terapêutico (SRT), concretizando diretrizes voltadas para a superação do modelo de atenção hospitalocêntrico. Nesse sentido, as residências terapêuticas caracterizam-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos, que perderam vínculos sociais e familiares e não contam com suporte comunitário adequado (BRASIL, 2004a).

Os SRTs funcionam como casas, locais de moradia, inseridas na comunidade, sendo dispositivos centrais no processo de desinstitucionalização para os egressos de longas internações psiquiátricas, implementados a partir da aprovação no ano 2000 da Portaria/GM nº 106 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Além disso, configuram uma modalidade de serviço que avança no sentido da desconstrução da loucura como signo de aprisionamento, periculosidade e isolamento, apostando na convivência urbana dos “loucos” ocupando seu lugar como cidadãos e buscando concretizar a efetiva substituição dos manicômios e a liberdade de circular pela cidade (AMORIM e DIMENSTEIN, 2009).

Partindo desse pressuposto, é preciso ampliar a compreensão acerca do processo de desinstitucionalização, lançando um olhar que ultrapasse a desospitalização, construindo epistemologicamente novos saberes e formas de fazer cuidado rumo a desconstrução da cultura manicomial. Tornando-se imprescindível a conexão entre o SRT e os CAPS, assim a atuação profissional precisa garantir não apenas essa articulação intrassetorial, mas também abarcar outras políticas públicas, como a educação e assistência social, baseando-se na intersectorialidade e no fortalecimento das iniciativas de geração de renda, de lazer e mobilidade voltadas aos usuários dos serviços de saúde mental.

Nesse sentido, é essencial que as(os) psicólogas(os) conheçam o território no qual o usuário está inserido, mapeando demandas e problemáticas acerca da saúde mental, identificando os serviços,

instituições e as formas de organização social existentes naquela localidade, além de estabelecer contato através de matriciamento, discussões de caso, atendimentos compartilhados e atividades em conjunto no território que estão para além dos muros dos CAPS e das residências terapêuticas.

Vale ressaltar que a Psicologia, historicamente, ao se inserir no campo da saúde mental ao mesmo tempo que se institui como ciência e profissão, também demarca seu lugar na interface com a sociedade, enfrentando diversos desafios no desenvolvimento da práxis desinstitucionalizante.

Preconizando-se uma atuação interdisciplinar e territorializada, pautada nas coletividades, considerando os determinantes sociais da saúde para não reduzir os processos de saúde e doença ao nível meramente individualista ou psicopatológico. De acordo com definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), os determinantes sociais da saúde estão relacionados às condições em que uma pessoa vive e trabalha, englobando fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e fatores de risco à população, tais como moradia, alimentação, escolaridade, renda e emprego.

A exclusão social também resulta do racismo, da discriminação, homofobia, machismo, da estigmatização e do desemprego, processos que vulnerabilizam as populações e dificultam o acesso aos serviços e políticas públicas, bem como atividades de cidadania, assim, quanto maior o tempo que as pessoas vivem em circunstâncias desfavorecidas, mais provável é que sofram de uma série de problemas de saúde (MIGUEL, 2017).

Desse modo, é preciso construir um cuidado em saúde mental que seja integral, considerando as diferentes dimensões da pessoa que estão inseridas no processo de saúde-doença, sendo fundamental a participação de múltiplas áreas do conhecimento (medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, terapia ocupacional), junto

a outros setores, como arte, cultura, educação, justiça, e assistência social (SILVA & NUNES, 2021). Portanto, o processo de desinstitucionalização implica em uma reorganização da ordem institucional através de um conjunto de medidas, atividades, procedimentos e dispositivos, com amplitude sócio comunitária e repercussões no aparato técnico, jurídico e social (OLIVEIRA, 2020).

Teorias em Psicologia e Atenção à Saúde Mental

Diante dessa discussão, é interessante nos perguntarmos: Quais os referenciais teóricos, no campo da Psicologia, que são orientadores deste trabalho e podem subsidiar as(os) psicólogas(os) na leitura e na prática da atenção psicossocial e que estejam orientadas por esses princípios? A construção dessa nova perspectiva de intervenção e desse novo direcionamento na construção das políticas de saúde exige a sustentação de uma posição teórica frente ao fenômeno da loucura. Desse modo, convidamos a(o) leitora(or) a tecer algumas reflexões preliminares em relação ao debate acerca dos referenciais teóricos das(os) psicólogas(os) no campo da atenção psicossocial.

A primeira delas diz respeito ao reconhecimento de que a produção do saber científico não é neutra e que, portanto, os conjuntos teóricos disponíveis expressam diferentes projetos de ciência, que apontam para distintos projetos de sociedade e, portanto, referenciam intervenções na direção desses projetos. Isso deve nos lançar, no campo da Psicologia, a um diálogo interrogante em relação aos compromissos e diretrizes que se desdobram dos diversos campos teóricos. Portanto, os referenciais que as(os) psicólogas(os) buscam para a orientação teórico-prática de seu trabalho, expressam que concepção de sujeito e sociedade? De que forma se comprometem com a transformação da realidade?

Outra reflexão importante diz respeito ao reconhecimento de que o fenômeno com o qual trabalhamos nos CAPS impõe embasa-

mentos oriundos de diferentes campos do saber. Assim, a apreensão da complexidade do fenômeno com o qual se trabalha, a loucura, requer, como já anunciado, uma leitura para além dos referenciais médico-sanitários e, portanto, é bem-vindo o diálogo com o campo da sociologia, do direito, da filosofia, da antropologia. É nesse campo interdisciplinar que a Psicologia apresenta suas contribuições com base em referenciais teórico-técnicos.

Assim, a construção do trabalho intensivo e cotidiano de cuidados busca ferramentas oriundas do campo teórico relativo à constituição da subjetividade, do psiquismo, do comportamento humano, qual seja, a abordagem. Nesse sentido, é preciso que as(os) psicólogas(os) tenham nitidez do lugar que a teoria ocupa no desenvolvimento de sua atuação profissional na política de saúde mental, sendo necessário reconhecer que o campo de intervenção produzido desde a Reforma Psiquiátrica não se fundou segundo uma teoria ou de um conjunto teórico específico da Psicologia. Ao contrário, a busca ou a produção de conhecimentos teóricos em Psicologia que expressassem e subsidiassem este trabalho se deu a partir da construção cotidiana de práticas e de uma nova base teórica e epistemológica produzidas em meio aos movimentos de Reforma Psiquiátrica e da constituição do SUS.

Desse modo, é importante que as(os) psicólogas(os) reconheçam e reflitam sobre seu embasamento teórico e de que forma respondem à direção de uma ética inclusiva, libertária e que aponte para o respeito e a construção da cidadania da pessoa com transtorno mental. Assim, é um campo ético que delinea os limites dos recursos teóricos e técnicos que podem ser utilizados e disponibilizados para o trabalho nos CAPS.

Diante disso, vale destacar que a inserção da Psicologia nos serviços territoriais trouxe também alguns desafios, decorrentes de múltiplos fatores, sendo necessário desenvolver uma reflexão crítica quanto aos aspectos teóricos que fundamentam as práticas profis-

sionais. Dentre as principais dificuldades quanto à atuação nesses serviços, é possível observar a manutenção da lógica ambulatorial e o foco no modelo clínico tradicional, a supervalorização do caráter técnico e especialista, considerando muito pouco o trabalho interdisciplinar e em equipe, bem como a necessidade de articulação com a rede intersetorial (MACEDO e DIMENSTEIN, 2012).

Obras como a de CASTEL (1978) e DELGADO (1992) evidenciam uma desconstrução necessária: a fundação da doença mental, que se colocou como condição e possibilidade ao estatuto de tutela que recai, como necessidade da nova ordem vigente, sobre os loucos na Modernidade. Assim, é necessário recusar referências que reduzem o sujeito à condição de objeto da investigação científica, em que o saber científico tenha primazia sobre a garantia de direitos dos usuários. Também é preciso recusar teorias que apontam no sentido da normalização e da mera adaptação dos sujeitos. Sendo necessário, apoiar-se em teorias que subsidiem a perspectiva da produção de saúde, a ressignificação de subjetividades e emancipação dos sujeitos, devendo ser capaz de responder a um projeto ético. Esse projeto ético está voltado para a possibilidade da convivência com a diversidade, garantindo as condições de construção da cidadania que não significa fazer do louco um sujeito da razão, mas sim autônomo e proativo diante do seu processo terapêutico, compreendendo o campo da cidadania como espaço da pluralidade, baseando-se na universalidade do acesso aos direitos e incorporando as diversas singularidades e projetos de vida.

Desse modo, a pesquisa realizada pelo Crepop com as(os) psicólogas(os) que trabalham nos CAPS, a qual subsidiou a elaboração dessa referência técnica, aponta para a utilização de uma diversidade de referenciais teóricos, técnicos e conceituais, com maior incidência de abordagens de base psicanalítica, da psicologia social e de base comportamental. O objetivo não é demarcar os marcos epistemológicos que mais ou menos respondem e/ou dialogam com os parâmetros

éticos e as diretrizes do campo da Reforma Psiquiátrica, indicando ou limitando a princípio a utilização de determinados conjuntos teóricos. Mas é preciso afirmar o compromisso social e ético-político da(o) profissional psicóloga(o) ao se perguntar, na busca por referenciais teóricos no campo da Psicologia, que respostas estes lhe oferecem no encontro com a loucura, sua coerência com os princípios orientadores da Reforma e sua possibilidade de subsidiar as práticas da atenção psicossocial conforme afirmadas acima.

Vale ressaltar que possuímos como desafio a construção de uma política humanizada, atendendo às demandas da população, pensada e avaliada continuamente. Nesse sentido, as diversas instituições comprometidas com as políticas de atendimento à saúde mental apontam a necessidade de abordagem psicossocial pautada na intersetorialidade e na corresponsabilidade, visando à superação dos modelos tradicionais, em especial o hospitalocêntrico (ALVES e FRANCISCO, 2009), uma vez que a Reforma Psiquiátrica também compreende a ideia de integralidade como expressão da complexidade inerente aos processos de vida, tornando-se inconcebível a manutenção de lógicas unidisciplinares ou mesmo atribuir a um único setor ou disciplina a responsabilidade pelas ações de cuidado em saúde (BEDIM e SCAPARO, 2011).

EIXO 3 – A ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NA POLÍTICA DO CAPS

*“Tem-se a parte inalienável da alma quando se deixa de ser um eu:
é preciso conquistar essa parte eminentemente fluente,
vibrante, lutadora.”
(Gilles Deleuze)*

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), os CAPS, como instituições destinadas a acolher pessoas em sofrimento psíquico, devem trabalhar no sentido de estimular a integração social e familiar dos seus usuários, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes cuidado por equipe multiprofissional, não apenas no que se refere aos aspectos sintomáticos ou clínicos. Herdeiros diretos da Reforma Psiquiátrica, estes serviços têm como característica principal a busca de integração dos sujeitos a um ambiente social e cultural concreto, designado como “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares, cenário de múltiplos encontros.

A construção e a expansão de uma rede de serviços substitutivos capaz de prestar assistência mais qualificada à população, outrora atendida em hospitais psiquiátricos, exigiu a presença de equipes multidisciplinares, a partir do que o profissional da Psicologia se inseriu de forma mais incisiva nas políticas públicas como membro do sistema de saúde.

Nesse sentido, Dimenstein (2009) busca evidenciar que essa entrada não aconteceu num vazio social, mas num contexto histórico-político-econômico determinado, que propiciou uma superavali-

zação cultural da profissão, ao mesmo tempo que foi se construindo e consolidando a ideia de que a atividade da(o) psicóloga(o) era essencial para a sociedade. Assim, aponta alguns fatores como decisivos para incrementar a entrada da(o) psicóloga(o) no âmbito das instituições públicas de saúde.

O contexto das políticas públicas de saúde do final dos anos 1970 e da década de 1980 é um desses fatores a considerar, marcado, sobretudo, por transformações sociais e econômicas, tais como crescimento populacional, migrações para os grandes centros urbanos, dívida externa, juros elevados e queda do crescimento econômico. Tais transformações delinearão um quadro de recessão e inflação que determinaram cortes nos programas sociais e de saúde, afetando as condições de saúde de grande parte da população e colaborando na deterioração da assistência oferecida.

Paralelo a isso, também na saúde mental, a ênfase do cuidado em saúde centrava-se no modelo médico-assistencial, com o desenvolvimento de práticas curativas, individualistas, assistencialistas e privatistas, orientadas, portanto, para a lucratividade e a capitalização da Medicina.

Ainda segundo Dimenstein (1998), a partir do final dos anos 1970 a entrada da(o) psicóloga(o) no setor público de saúde dá-se num momento em que esse modelo médico-assistencial privatista se encontra no seu ápice, mas também em franco esgotamento, caracterizado pela perda de eficiência e de qualidade dos serviços prestados. Na área da psiquiatria, a(o) psicóloga(o) é demandada(o) a compor equipes multidisciplinares, alternativa que responde a críticas feitas ao modelo asilar, pautadas sobretudo no isolamento dos pacientes, nos tratamentos prolongados por tempo indeterminado e suas consequências iatrogênicas. Como sabemos, o novo modelo enfatiza a desospitalização com ênfase nos serviços extra-hospitalares e de base territorial.

O campo da saúde mental configurou-se então como um grande campo que absorveu psicólogas e psicólogos de todas as regiões do país, inserção em parte justificada pelas críticas quanto à hegemonia do modelo médico e a conseqüente maioria destes profissionais nas equipes de saúde. As críticas quanto à necessidade de reformulação dos serviços impulsionaram o investimento, que passou a ser efetivado em outras categorias profissionais, na tentativa de mudança do modelo médico pregnante e nas formas de composição das equipes.

O novo arranjo passa a exigir dos trabalhadores a produção de modos heterogêneos de cuidado e a singularização da atenção, ao tempo em que respeita e considera a diversidade cultural e subjetiva dos usuários. O modelo clínico liberal que norteia o processo de formação da(o) psicóloga(o) mostrou-se insuficiente para “dar conta” do novo desafio que se desviava dos parâmetros tradicionais, exigindo mudanças no percurso de graduação, iniciando-se diálogos com as instituições de ensino superior, nesse sentido, o que precisa ser continuamente reforçado.

Considerações sobre saúde mental e atenção psicossocial

AMARANTE (2007) nos diz que a área da saúde mental não pode ser reduzida à psicopatologia, ao diagnóstico, à medicação, à semiologia, ou seja, ao estudo e tratamento das doenças mentais. Afirma ainda que poucos são os campos do conhecimento e atuação na saúde que se apresentam tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes (2007, p.16), a ponto de encontrarmos dificuldades de delimitar seus limites. Assim, na complexa rede interdisciplinar de saberes, para além das ciências biológicas que historicamente dominaram esse campo, é necessário dialogar

com outras áreas do conhecimento, como a Filosofia, a Psicologia, a Antropologia, a Sociologia, a História e a Arte.

Não basta, portanto, reduzir a Reforma Psiquiátrica à descontinuação dos manicômios ou, como pontua Amarante, introduzir novas terapêuticas ou criar pontos de atenção que reduzam o número de internações hospitalares, sem que se revejam as bases teóricas e conceituais, libertando o pensamento de uma racionalidade carcerária;

Mas é preciso insistir desde já que não basta destruir os manicômios. Tampouco basta acolher os loucos, nem mesmo relativizar a noção de loucura compreendendo seus determinantes psicossociais, como se a loucura fosse só distúrbio e sintoma social, espécie de ruga que o tecido social, uma vez devidamente “esticado” através de uma revolucionária plástica sociopolítica, se encarregaria de abolir. Nada disso basta, e essa é a questão central, se ao livrarmos os loucos dos manicômios mantivermos intacto um outro manicômio, mental, em que confinamos a desrazão (PELBART, 1993, p. 106).

Logo, há de se ampliar o espectro do olhar da(o) profissional nesta nova via, abrindo-o para além do sujeito, em direção ao seu grupo familiar, deixando-se afetar por um campo social determinado, pelos novos territórios, pela cidade e por todas as possibilidades que os encontros ofereçam. O CAPS tem uma ação psicossocial porque o cuidado se dá no limite entre o individual e o coletivo. Foi nesta experiência- limite que o Movimento da Reforma Psiquiátrica fez a sua aposta, e é aí que os serviços substitutivos ao manicômio devem afinar os seus dispositivos de intervenção (PASSOS, 2004).

Amarante lembra que na atenção psicossocial o que se pretende é criar uma rede de relações entre sujeitos. Sujeitos que escutam e cuidam – os trabalhadores, com sujeitos que vivenciam as proble-

máticas – os usuários e familiares, além de outros atores sociais, como apresentado no esquema a seguir.

PROFISSIONAIS ↔ USUÁRIOS

SOCIEDADE ↔ FAMILIARES

Diferentemente do olhar regulador, “domador” e segregador que as(os) profissionais da loucura exerceram durante anos, a essência da nova proposta está centrada no sujeito. Aqui cabe um conceito valioso da Psicologia, a escuta. A escuta de desejos, dores, sofrimentos, tristezas, alegrias, potencialidades, saberes, expectativas, planos. A escuta é capaz de tecer pontes, criar possibilidades e atividades capazes de desenhar caminhos entre os sujeitos, os grupos sociais, as instituições como a própria saúde, educação, igreja e justiça.

Falamos então de uma clínica ampliada. Uma clínica que compreende questões coletivas e políticas, onde os encontros, independentemente de serem estruturados na forma de atendimento individual ou grupal, não são reduzidos a práticas padronizadas que veem o sujeito em uma dimensão individualizante. Uma clínica da experimentação de práticas sociais que, em consonância com as diretrizes do SUS, acontecem em espaços e contextos variados, independente do setting terapêutico convencional.

A Clínica Ampliada no CAPS

A clínica ampliada e compartilhada é um conceito desenvolvido por Gastão Wagner nos anos 1990, utilizado pelo MS nas políticas de Atenção Básica e de Humanização. Apresenta uma visão ampliada do processo saúde-doença, considerado como um fenômeno complexo, resultante da multiplicidade de fatores biológicos, sociais, afetivos, subjetivos, culturais, que interferem na sua produção.

Como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, tem como um de seus principais objetivos evitar abordagens que privilegiem excessivamente algum conhecimento específico, buscando a articulação dos saberes envolvidos, ao mesmo tempo que reconhece que a singularidade do sujeito torna um ou outro enfoque predominante em cada momento do cuidado, sem negar ou excluir os demais. Nessa perspectiva, propõe uma relação horizontalizada entre o cuidador e o sujeito cuidado, quando este assume papel ativo na construção e direcionamentos do seu projeto terapêutico (BRASIL, 2009b).

A clínica ampliada cria possibilidades de integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de estratégias para um cuidado singular, com a criação de responsabilização e vínculo com o usuário. Propõe uma desierarquização do processo, que permite, inclusive, perceber riscos e vulnerabilidades, potências e fragilidades para além da doença e do espaço físico do cuidado: o CAPS.

Muitas dessas forças, como já foi dito, concentram-se nas relações entre pares, familiares, grupos, território e em toda a rede viva construída pelo sujeito em seu próprio território e percurso. Forças essas que devem ser consideradas e incluídas no sentido da ampliação da clínica, para além dos seus próprios limites.

O Acolhimento

Além de representar uma das diretrizes de maior relevância na Política de Humanização, o acolhimento pode ser compreendido como o primeiro contato da psicóloga e do psicólogo, como membros da equipe de saúde mental, com aquele que procura um serviço orientado para funcionar com as portas abertas. A estratégia de receber todas as pessoas que busquem o cuidado para seus sofrimentos psíquicos pretende garantir que os serviços pratiquem a acessibi-

lidade universal prevista no sistema de saúde, assumindo a função de acolher, escutar e dar respostas aos problemas demandados.

Permite, também, a reorganização do processo de trabalho ao deslocar seu eixo central do médico para a equipe multiprofissional (equipe de acolhimento), que se compromete com a escuta e os projetos terapêuticos elaborados.

Em todo lugar em que ocorre um encontro, enquanto trabalho de saúde entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento e/ou a produção da saúde (FRANCO, BUENO e MERHY,1999).

Algumas dimensões deste processo podem ser identificadas na citação dos autores. Uma dimensão relacional traduzida na postura de receber, escutar e tratar de forma qualificada e humanizada o usuário e suas demandas, o que facilita a construção de vínculos e transversaliza toda a ação terapêutica do serviço. Uma dimensão ética que se refere à alteridade, reconhecendo singularidades e subjetividades.

A dimensão técnica exigida situa-se para além de uma triagem burocrática e/ou uma avaliação psicopatológica, ao articular saberes e tecnologias da equipe multiprofissional para responder às necessidades identificadas no sujeito. Exige também a apropriação sobre o funcionamento do serviço e da rede de atenção à saúde (e outras) para que se vislumbrem ações e articulações relativas às demandas apresentadas pelo sujeito e seu grupo familiar.

Finalmente podemos visualizar uma dimensão política ao potencializar nas relações a autonomia e o protagonismo do usuário, implicando-o na construção do seu processo de cuidado a partir da compreensão do contexto relacional e comunitário onde esse sofrimento é vivenciado.

Dessa forma, reafirmamos o lugar central que o acolhimento possui no projeto institucional do CAPS, constituindo-se como uma estratégia facilitadora da organização dos processos de trabalho que se centram no sujeito, favorecendo a construção de uma relação de confiança no primeiro encontro entre os profissionais e os usuários, potencializando a intervenção terapêutica eficiente e voltada para a singularidade do sujeito/família/comunidade. Como uma ferramenta potente, o acolhimento permeia toda a terapêutica clínica e social ofertada no serviço e, desse modo, propicia o cuidado integral ao usuário de saúde.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS)

De acordo com o MS, o Projeto Terapêutico Singular é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com Apoio Matricial se necessário. Entendido como uma variação da discussão de “caso clínico” nos espaços de cuidado à saúde mental, é realizado perante situações/problemas mais complexos. É importante destacar que o projeto pode ser pensado ou realizado não somente para indivíduos, mas também para grupos ou famílias.

A elaboração do PTS ocorre em reuniões ou encontros dos sujeitos envolvidos e comprometidos com propostas e condutas terapêuticas articuladas, como o próprio usuário, sua família e os trabalhadores do CAPS. Situações específicas podem incluir também

outros sujeitos nas reuniões, como amigos, profissionais da rede intersetorial da assistência social, educação e cultura, entre outros.

Em geral, é desenvolvido tendo como base quatro pilares: a definição situacional, a definição de metas, a divisão de responsabilidades e finalmente a reavaliação. O primeiro pilar é construído pelo compartilhamento de percepções e reflexões entre profissionais de diferentes áreas do conhecimento, incluindo avaliações orgânicas, psicológicas e sociais que possibilitem a compreensão de riscos e vulnerabilidades daquele sujeito ou grupo. Tal compreensão define estratégias e encaminhamentos, inclusive de situações emergenciais que possam demandar cuidados mais intensivos ou especializados.

A definição de metas refere-se a todas as questões identificadas no momento anterior sobre as quais se pretende intervir, considerando sempre a ampliação da autonomia, a inserção social e a rede de suporte social do sujeito ou do grupo em pauta. As propostas de curto, médio e longo prazo são negociadas com os sujeitos envolvidos no projeto, ou seja, o próprio usuário, a equipe de saúde ou o profissional de referência, que na prática em geral é aquele que o acolheu no primeiro encontro. Entretanto, é importante identificar com quem o usuário apresenta maior vinculação, o que por si só potencializa as trocas e estratégias da equipe, além de respeitar a manifestação do desejo da(o) usuária(o).

A divisão de responsabilidades trata da definição das tarefas de todos os envolvidos, bem como da escolha do profissional ou técnico de referência (qualquer profissional da equipe) que se encarregará de coordenar, articular e cuidar de todo o processo em todas as suas fases. É aquele que será acionado pelo usuário e pela família quando sentir necessidades, devendo estar sempre informado do andamento das ações planejadas no projeto. O quarto pilar, em geral conduzido pelo profissional de referência, costuma se constituir por diversos momentos de encontros onde tarefas, prazos, metas, resultados e objetivos são revistos, novas intervenções e direcionamentos são

propostos. Na prática, as profissionais ressaltam a importância de as equipes reservarem um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do Projeto Terapêutico Singular.

Por outro lado, a reabilitação psicossocial atravessa todo o processo do cuidado no âmbito da Reforma Psiquiátrica e se caracteriza como um dos seus eixos centrais. Segundo Pitta (1996), trata-se de facilitar que o sujeito com limitações, restabeleça no melhor nível possível a autonomia no exercício de suas funções na comunidade, devendo enfatizar “*as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreativo*” (1996, p. 19).

O modelo proposto por Saraceno (2001) consiste em três eixos ou cenários nos quais se apoia o aumento da capacidade contratual dos usuários, São eles: o habitar (moradia), rede social e trabalho. O habitar é a apropriação sobre o espaço no qual se vive, a casa, a morada como espaço vital. A rede social é a participação nas trocas de identidades sociais vivas ou a invenção de lugares, nos quais essas trocas sejam possíveis. O trabalho é visto como fundamental para promover a articulação do campo dos interesses, das necessidades e dos desejos (SARACENO, 2001, p. 111-142), sendo meio de sustento e de construção de novas redes e relações entre os sujeitos.

Neste sentido, espera-se que o CAPS valorize e priorize as tecnologias leves ou relacionais com todos os sujeitos envolvidos no processo do cuidado, alinhadas aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da atenção psicossocial. Tais tecnologias, a partir dos dispositivos de acolhimento, vínculo e autonomia, possibilitam a manifestação da subjetividade do usuário e potencializam as ações de fortalecimento do sujeito e seu grupo familiar, mediante a criação e desenvolvimento de iniciativas articuladas com os recursos do território nos campos do trabalho/economia solidária, habitação, educação, cultura, direitos humanos, que garantam o exercício de

direitos de cidadania, visando à produção de novas possibilidades para projetos de vida.

A promoção da contratualidade, dessa forma, envolve o acompanhamento por meio da equipe do CAPS dos usuários em seus cenários da vida cotidiana ou redes sociais – casa, trabalho, iniciativas de geração de renda, empreendimentos solidários, contextos familiares, sociais e no território, com a mediação de relações para a criação de novos campos de negociação e de diálogo que garantam e propiciem a participação dos usuários em igualdade de oportunidades, a ampliação de redes sociais e sua autonomia.

PTS e economia solidária – Ecosol

A reabilitação psicossocial conforme apresentamos acima tem como um dos seus eixos o trabalho. É importante superar a identificação entre atividades de trabalho e inserção formal no mercado de trabalho, pois, ainda que seja possível o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a inclusão, o foco, o objetivo final do trabalho formal será sempre o mercado e o lucro, sem se preocupar com as necessidades da(o) trabalhadora(or).

O mercado formal de trabalho deve ser considerado no PTS, principalmente quando for demandado pelo usuário da saúde mental, mas acompanhado de constante problematização para que não se restrinja à adaptação deste ao ambiente de trabalho.

Por outro lado, a economia solidária – Ecosol – abre possibilidade para novas contratualidades sociais, a partir de recursos materiais e imateriais para trocas sociais e, por conseguinte, para a cidadania social plena de sujeitos trabalhadores, que podem assim exercer o papel de protagonistas de seu próprio fazer e de sua própria história (SANTIAGO e YASUI, 2015).

Contrapondo-se à competição, à hierarquização e ao empobrecimento das relações sociais e produtivas do capitalismo, a Ecosol

valoriza a confecção de produtos e vínculos mais éticos, justos e permeados de sentidos. Compreende uma diversidade de práticas econômicas e sociais organizadas sob a forma de cooperativas, associações, clubes de troca, empresas autogestionárias, redes de cooperação, entre outras, que realizam atividades de produção de bens, prestação de serviços, finanças solidárias, trocas, comércio justo e consumo solidário.

Na saúde mental, a maioria destas iniciativas nasceu dentro dos serviços como parte das ações de reabilitação psicossocial de seus usuários, principalmente, as oficinas terapêuticas. Algumas conseguiram se organizar em cooperativas e associações tornando-se empreendimentos. Para tal, há necessidade de financiamento, assessoria e incubação, além da revisão da legislação relativa aos benefícios sociais para que não haja prejuízo para o usuário ao iniciar a participação num empreendimento de economia solidária.

Os movimentos da Ecosol e da Reforma Psiquiátrica brasileira apresentam a mesma matriz – a luta contra a exclusão social e econômica – para construir outros modos de trabalhar e viver em uma sociedade mais justa e inclusiva. Uns são excluídos (e trancafiados) porque são “loucos”, outros porque são “pobres”. No Brasil, a economia solidária tornou-se política pública brasileira a partir de 2003 com a criação da Secretaria Nacional de Economia Solidária (Senaes), vinculada ao Ministério do Trabalho e Emprego e a estratégia da inclusão social pelo trabalho na saúde mental foi regulamentada em 2005 pela Portaria Interministerial nº 53/2005. As proposições de inclusão social pelo trabalho da Ecosol no contexto da saúde mental se enriquecem muito com as contribuições da Psicologia, pois é processo que tem como ponto de partida o lugar de tutela e incapacidade e que pretende construir coletivamente um sistema cooperativo de autogestão.

Apoio matricial

A composição e articulação da Raps, Rede de Atenção Psicossocial, que envolve outras redes de serviço no cuidado à saúde mental da população, como a atenção básica, por exemplo, necessita contar com apoio técnico para potencializar o seu poder resolutivo na gestão de algumas situações/casos. O apoio matricial amplia a rede de serviços substitutivos, melhora o funcionamento destes e capacita os profissionais destes níveis de atenção, objetivando a ampliação do acesso e os cuidados em saúde mental.

Favorece a corresponsabilização entre as equipes e a diversidade de ofertas terapêuticas através de uma(um) profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente os serviços da atenção básica, propondo que os casos sejam de responsabilidade mútua, permitindo também que se diferenciem as situações que de fato precisam ser acompanhadas pelo CAPS e aquelas que podem ser conduzidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs).

Trata-se de um regulador de fluxos que promove uma articulação entre os equipamentos de saúde mental e as UBSs (CAMPOS e DOMITTI, 2007) e atualmente as ações sistemáticas de matriciamento realizadas por CAPS com equipes de Atenção Básica se constituem no único indicador específico dos CAPS junto ao MS, demarcando a importância destas ações na ampliação da rede e na consolidação da Reforma Psiquiátrica no território, ao demonstrar que o processo de saúde-doença-intervenção não é ferramenta exclusiva de nenhuma especialidade ou serviço, pertencendo a todo o campo da saúde.

Esse novo modo de produzir saúde situa-se dentro da perspectiva do pensamento construtivista que trabalha com a hipótese de uma eterna reconstrução de pessoas e processos em virtude da interação dos sujeitos com o mundo e dos

sujeitos entre si. Essa capacidade se desenvolve no matriciamento pela elaboração reflexiva das experiências feitas dentro de um contexto interdisciplinar em que cada profissional pode contribuir com um diferente olhar, ampliando a compreensão e a capacidade de intervenção das equipes (CHIAVERINE, 2011, p.16).

As ações de apoio matricial por profissionais da saúde mental podem favorecer a inovação de práticas em saúde nos pontos da atenção básica, voltadas a usuários com sofrimento emocional significativo. Muitas vezes essa estratégia permite que o cuidado possa ocorrer por meio de intervenções grupais ou individuais realizadas pelos diversos profissionais. A experiência, além de facilitar o aprendizado de ambas as equipes, possibilita o manejo de situações percebidas como difíceis e que geram sensação de insegurança nos profissionais envolvidos no cuidado do caso. Algumas dessas intervenções se beneficiam de uma leitura/análise das situações partilhadas pelo usuário em encontros grupais, bem como podem se baseadas em abordagens psicológicas específicas. Nestes casos, a psicóloga e o psicólogo são as(os) profissionais do CAPS mais indicadas(os) para o apoio matricial. Do mesmo modo, se a situação apresentada indicar a intervenção de saberes pertencentes a outras áreas do conhecimento, como a medicina, o serviço social, entre outros, os especialistas dessas áreas deverão proceder ao apoio matricial às equipes em questão.

As trocas entre as equipes dos diferentes pontos de atenção favorecem também a compreensão de situações consideradas difíceis de manejar/abordar fora dos serviços especializados, como as que envolvem ideias ou riscos de suicídio, uso e abuso de substâncias psicoativas, facilitando, inclusive, que ações de prevenção e promoção da saúde se desenvolvam no território. Ao apresentar às equipes da atenção básica a complexidade e o funcionamento do CAPS como serviço substitutivo na Raps, qualifica-se também o encaminhamento,

uma vez que frequentemente os demais dispositivos da rede apresentam dificuldades com relação à identificação da demanda que deve ser direcionada ao CAPS, não compreendendo por vezes qual é o público atendido nesse serviço. Tal ação implica uma abertura para a redução das barreiras de acesso e humanização do cuidado.

Ações de matriciamento também são desenvolvidas em outros serviços da rede de urgência e emergência e nos serviços hospitalares de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. A ação visa oferecer suporte técnico à condução do cuidado em saúde mental através de discussões de casos e do processo de trabalho, atendimento compartilhado, ações intersetoriais no território e contribuir no processo de cogestão e corresponsabilização no agenciamento do projeto terapêutico singular.

Além disso, os CAPS realizam apoio matricial a outros pontos de atenção, garantindo sustentação qualificada tanto nos acompanhamentos longitudinais quanto nas intervenções de urgência (KINOSHITA, 2014), caracterizando as ações de articulação de redes intra e intersetoriais. São, portanto, estratégias que promovem a articulação com os diversos pontos de atenção da rede de saúde, educação, justiça, assistência social, direitos humanos e outros, assim como com os recursos comunitários presentes no território, num processo de implicação de diversos atores sociais e institucionais.

LOBOSQUE (1997) afirma que a intervenção do trabalho clínico em pacientes com sofrimento insuportável ou de risco deve se sustentar nas diferenças que lhe são próprias e no respeito ao seu caminhar e às suas escolhas, portanto, compreender a clínica dentro da lógica da Reforma Psiquiátrica é considerar como princípios norteadores uma disponibilidade para o processo de escuta, de acolhimento e de cuidado em direção aos princípios de autonomia e de cidadania do sujeito.

Ao situarmos esse texto nas diretrizes que norteiam a política de saúde mental, pretendemos enfatizar que psicólogas e psicólogos, como trabalhadoras(es) de um ponto estratégico da Raps, devem trabalhar em redes, em equipes interdisciplinares, possibilitando trocas, ações coletivas e integradas, numa clínica que sustente o paradigma da luta antimanicomial.

Atividades grupais

Todo o conjunto de ações apresentadas no decorrer desta referência técnica aponta para uma dimensão ampliada de intervenções possíveis de serem desenvolvidas por profissionais da Psicologia no âmbito do CAPS. Vale ressaltar que, para este serviço, as atividades coletivas, como os grupos e oficinas, constituem-se como principal recurso terapêutico para o desenvolvimento de habilidades cognitivas, comunicacionais, relacionais e contratuais, instrumentalizando os sujeitos para o exercício da cidadania, autocuidado e reinserção social (RIBEIRO, MARIN e SILVA, 2014).

Assim, a nova configuração dos serviços de saúde mental tem os atendimentos grupais reconhecidos como um espaço adequado para a exploração da subjetividade ao possibilitar que os membros reproduzam neste ambiente os papéis que ocupam no dia a dia de suas relações (BELLENZANI, COUTINHO e CHAVEIRO, 2009) Com a ampliação da prática clínica, ocorre também a utilização de tecnologias que fomentem e valorizem o contato interpessoal, reconhecendo a intersubjetividade como fator a ser considerado na construção de um projeto terapêutico resolutivo.

Lançando luz sobre uma das definições conceituais existentes acerca de grupo, Pichon-Riviére (2009) considera que o chamado grupo operativo é definido como um conjunto de pessoas ligadas entre si por uma constante de tempo e espaço, articuladas por mú-

tuas representações internas, se utilizando de determinadas normas, atuando em torno de uma tarefa.

Tal atividade caracteriza-se como estratégia de cuidado, podendo se apresentar com tipos e objetivos diversos, sendo uma de suas modalidades o grupo terapêutico que é direcionado à saúde, englobando tanto as dimensões biológicas, psicológicas quanto as demais. O grupo terapêutico potencializa as trocas dialógicas, o compartilhamento de experiências e a melhoria quanto aos modos de vida individual e coletivo (BENEVIDES et al., 2010).

Uma outra modalidade que tem se expandido muito é a Psicoterapia de grupo, que surgiu e se desenvolveu nos Estados Unidos da América (EUA), sendo que diferentes técnicas têm sido produzidas e direcionadas a essa modalidade de tratamento, que alcança pessoas com diversas condições clínicas e sociais bem como grupos específicos. Desse modo, novos modelos grupais estão se constituindo visando à proposição de intervenções em situação de crise, problemas interpessoais e história recorrente de algum tipo de sofrimento mental (BEHELLI e SANTOS, 2004).

Por sua vez, os grupos de ajuda e suporte mútuos também são ferramentas baseadas nas experiências de empoderamento da psiquiatria comunitária inglesa e em países como a Holanda, que têm avançado muito na construção de novas iniciativas em direção ao empoderamento, defesa dos direitos, mudança na cultura de segregação e estigma na sociedade e militância social (VASCONCELOS, 2011).

Os grupos de ajuda mútua acolhem e reúnem preferencialmente pessoas (usuários, familiares) que vivenciam problemas comuns e sofrimentos similares, como o abuso de drogas, tendo como objetivos principais a troca de experiências, a partilha de ideias e sentimentos. A coordenação dos grupos é assumida pelos próprios participantes, tornando-se, assim, os facilitadores do processo. O profissional de saúde atua principalmente como apoiador local, estimulando os facilitadores quanto à autonomia e empoderamento. Ele também pode

assim assumir temporariamente a facilitação do grupo, enquanto usuários e familiares desenvolvem mais segurança para a função de facilitadores.

O trabalho em grupo favorece a construção coletiva de espaços de convívio compartilhados para o desenvolvimento de uma rede de comunicação e afetos, sendo espaços propícios para redução do sentimento de isolamento que sempre se mostrou presente em pessoas com sofrimento psíquico. Recentemente com o advento da pandemia da covid-19, a dor causada pelo isolamento social e afetivo fez-se sentir mais próxima de todos nós. Neste período as atividades grupais nos serviços de saúde mental foram fortemente atingidas, uma vez que as medidas de contenção do vírus, como o necessário distanciamento social, impediram a reunião de pessoas em um mesmo espaço, o que conseqüentemente dificultou a realização de grupos presenciais no serviço.

Assim, vale ressaltar que para obter o êxito grupal é de extrema importância o seu planejamento, que deve envolver a seleção de temas disparadores para a discussão, enquadre adequado, avaliação e objetivos pertinentes que venham ao encontro das demandas apresentadas pelos participantes. Nesse sentido, torna-se imprescindível a criação de estratégias que permitam à(ao) psicóloga(o) agir dentro de um modelo centrado no usuário em sua forma de vida e na realidade em que está inserido, possibilitando a geração de autonomia e protagonismo social, proposta que se alinha aos princípios do paradigma psicossocial.

Atenção a situações de crise

Os dispositivos clínicos de atenção à crise no CAPS são estratégicos para sua consolidação como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos. É importante trabalharmos com um conceito ampliado de crise, em que o cuidado não se restrinja à remissão de sintomas.

Nesse sentido, retomamos os critérios utilizados por Dell'Acqua e Mezzina (1991, p. 59), para definir uma urgência psiquiátrica em que se considera a presença de pelo menos três dos itens abaixo:

1. *sintomatologia psiquiátrica grave ou aguda;*
2. *grave ruptura das relações familiares ou sociais;*
3. *recusa de tratamento ou estima, mas aceitação do contato;*
4. *recusa obstinada de contato com equipes de tratamento psiquiátrico;*
5. *situação de alarme e risco no contexto familiar ou social, traduzindo-se em incapacidade de se defrontar com a crise.*

Os autores alertam também para o fato de que qualquer definição de crise deve levar em conta tanto a organização dos dispositivos de atendimento existentes em determinado território assim como o momento histórico particular. É com base nessas duas dimensões que os problemas emocionais, psicológicos, relacionais e sociais, enfim, os acontecimentos da vida, podem ser considerados uma crise.

É de fundamental importância que os CAPSs acolham as crises, assim como as demandas de saúde mental do território sob sua responsabilidade, eliminando todos os filtros burocráticos e administrativos, favorecendo o acesso, sem colocar qualquer intenção seletiva com função articuladora no interior de determinada área definida, garantindo o acolhimento às situações de crise em saúde mental.

As ações desenvolvidas para manejo das situações de crise são entendidas como parte do cuidado integral, de acompanhamento dos usuários, nos quais conflitos relacionais com familiares, contextos, ambiência e vivências geram intenso sofrimento e desorganização. Esta ação exige disponibilidade de escuta atenta para compreender e mediar os possíveis conflitos e é importante que seja realizada no ambiente do CAPS, no domicílio ou em outros espaços do território

que façam sentido aos usuários e sua família e favoreçam a construção e a preservação de vínculos.

Além do acolhimento inicial caracterizado pelo primeiro atendimento do usuário por demanda espontânea ou referenciada, incluindo aqui as situações de crise no território, o CAPS possui duas estratégias de acolhimento, de acordo com a Portaria MS nº 854/2012. O primeiro encontro permeado pela escuta qualificada reafirma a legitimidade da pessoa e/ou de familiares que buscam o serviço e visa reinterpretar as demandas, construir o vínculo terapêutico inicial e/ou corresponsabilizar-se pelo acesso a outros serviços, caso necessário.

- Acolhimento diurno onde o usuário permanece o dia todo no CAPS, o que permite o afastamento do usuário das situações conflituosas, que vise ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais – incluídos aqueles por uso de álcool e outras drogas e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência – e que objetive a retomada, o resgate e o redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário.
- Acolhimento noturno onde, além do acolhimento diurno, o usuário pode permanecer 24 horas na unidade, além do acolhimento diurno, em hospitalidade noturna nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular de usuários onde há intensificação da crise para que se evite a necessidade de cuidado em ambiente hospitalar sempre que possível.

EIXO 4 – GESTÃO DO TRABALHO

Desafios da Gestão Cotidiana do Trabalho nos CAPS

A implementação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) envolve o conceito de gestão como uma ação política com interlocução e avaliação, como um instrumento que requer uma metodologia específica que contemple a pluralidade e a interdisciplinaridade, focando as inter-relações entre subjetividade, gestão dos processos de trabalho e clínica.

Fazer a gestão significa estar numa posição dialogante com os diversos atores sociais por meio da construção de consensos coletivos possíveis considerando todos os atores no processo e sendo garantida a possibilidade de discussão e disputa dos diferentes projetos políticos por eles trazidos, a fim de que a implementação das ações tenha caráter duradouro e seja eficaz. As diretrizes e decisões firmadas nesse processo devem respeitar sempre os princípios constitucionais que regem o Sistema Único de Saúde.

A gestão exige uma postura firme em relação aos princípios do SUS e ao mesmo tempo uma postura flexível que permita o diálogo e a construção de consensos que sustentem o trabalho dos coletivos envolvidos. O gestor de saúde sabe que os conflitos e as contradições fazem parte do cotidiano de seu trabalho. Orientado pelo compromisso de garantia do acesso ao direito à saúde, trabalhará esses conflitos e contradições, considerando que as ações próprias da clínica, da política e da gestão são indissociáveis.

Podemos citar numerosos fatores que interferem na implantação de uma rede de serviços de saúde geral e de saúde mental:

- Atravessamentos políticos partidários, que revelam que a política de saúde ainda é uma política de governo e não de Estado;
- As diferentes concepções técnicas e teóricas dos trabalhadores do sistema;
- Falta efetiva de investimentos financeiros na consolidação do sistema, restringindo o acesso da população;
- Infraestrutura inadequada;
- Precarização das condições de trabalho;
- Pouca participação da sociedade no efetivo controle e fiscalização dos serviços;
- Qualificação insuficiente dos profissionais de saúde para atuação no SUS de forma interdisciplinar e implicada com a produção de saúde e não somente com foco na doença;
- Medicalização da assistência.

A diversidade sociopolítica e econômica e as condições de cada município influenciam diretamente na gestão, implantação dos serviços e na constituição das equipes de saúde mental no âmbito local. Por exemplo, o processo de trabalho de um CAPS de uma cidade de pequeno porte não é o mesmo de outro localizado numa grande metrópole.

Associado a esses fatores, temos um conjunto de condições que caracterizam a sociedade brasileira e expressam as necessidades dos usuários e estão presentes no cotidiano do serviço. Questões como precariedade ou falta de moradia, falta de trabalho e conseqüentemente vulnerabilidade das famílias são trazidas para as equipes dos CAPS e demais serviços de saúde, gerando angústia e sensação de impotência nos trabalhadores. Apresentam-se nos serviços situações complexas a serem enfrentadas, até porque as necessidades demandadas pelos usuários para o trabalho da reabilitação psicossocial são muito abrangentes diante dos recursos

disponíveis na rede intersetorial local, o que expressa condições estruturais da sociedade brasileira: um país marcado por contrastes e uma profunda desigualdade social, onde a pobreza figura como um dos seus traços mais pungentes.

Os gestores devem possibilitar condições técnicas e políticas que garantam o direito ao cuidado, a organização de uma rede de atenção integral à saúde através de dispositivos sanitários e socio-culturais que atendam de forma integrada as várias dimensões da vida do sujeito. A lógica de cuidado em rede coloca os CAPS como dispositivos estratégicos, capazes de funcionar como centros articuladores das instâncias dos cuidados básicos de saúde, incluindo estratégia de saúde da família, atendimentos especializados, atendimento pré-hospitalar e hospitalar, assim como articulação com outros setores.

Neste processo, é bastante significativo o trabalho em equipe, articulado e integrado entre os diferentes profissionais que compõem o CAPS e a rede utilizando estratégias que pautem sempre o cotidiano de trabalho, suas dificuldades administrativas e políticas e os casos clínicos, numa perspectiva que recupere a singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo (CARVALHO e CUNHA, 2007).

De forma mais ampla, os trabalhadores de CAPS passam a ter uma nova relação com a loucura e novas formas de abordagem: a saúde mental exige a reinvenção de respostas sociais ao adoecimento e à saúde mental. Este campo provoca o desenvolvimento de novas formas de cuidado, de colaboração interprofissional e inovações quanto aos modelos de atenção e funcionamento institucional (ONOCKO CAMPOS, 2003; CAMPOS, 2000; FURTADO, 2001).

Diante dos desafios apresentados, alguns aspectos são fundamentais:

1) Trabalho em equipe

O trabalho em equipe interdisciplinar ganha força a partir da década de 1960, buscando superar a crescente fragmentação do conhecimento, estabelecida em um mundo cada vez mais complexo. O termo interdisciplinaridade indica a necessidade e a intensidade da troca real de conhecimentos entre as(os) especialistas e o grau de integração das disciplinas em torno de um projeto único compartilhado.

Alguns pontos críticos para a interdisciplinaridade na área da saúde são: o poder da tradição positivista e biocêntrica, a ausência/ presença de um projeto comum, o confronto entre especificidade e flexibilização na realização do trabalho, a comunicação e a existência de concepções de integralidade imprecisas e/ou equivocadas entre profissionais de saúde.

Na Reforma Psiquiátrica e políticas públicas relacionadas à saúde mental, a exigência das equipes multiprofissionais e a defesa da interdisciplinaridade transformam-se em estratégia de superação do modelo manicomial, posto que a exclusividade da narrativa biomédica sobre a loucura e a noção de doença mental, como categoria tão somente médico-científica, é problematizada.

A clínica ampliada atende aos objetivos da interdisciplinaridade e, como norteadora do trabalho em equipe do CAPS, é potente para enfrentar a complexidade dos casos, a exemplo das discussões, tão necessárias, acerca do cotidiano do trabalho e dos casos clínicos em respeito às singularidades, à atenção integral e à conexão com a cidade e a cidadania.

Segundo SAMPAIO (2011), existem pelo menos três grandes ordens de vantagens no trabalho em equipe: a) Ideológica – o trabalho em equipe impede a hegemonia de um único saber que monopolize a condução do processo saúde- doença/mental, por exemplo o da hegemonia médica que se sobrepõe ao trabalho multiprofissional, mantendo uma dependência da consulta psiquiátrica para o desenvolvimento das demais práticas assistenciais; b) Teórica – o trabalho

em equipe coloca as diversas teorias em contato e promove sua problematização; c) Organizacional – devido à complexidade crescente do conhecimento, não é mais possível a qualquer trabalhador ou disciplina isolada dar conta da totalidade de situações complexas como as vividas, por exemplo, nos momentos de crise.

A convivência entre os diversos profissionais na saúde mental é marcada pelas diferenças e discordância entre as disciplinas, não apenas no que se refere à natureza da doença mental, mas também em relação às práticas ou técnicas terapêuticas apropriadas para conduzir os casos. Dessa forma, a realidade institucional é pautada por grandes diferenças conceituais, metodológicas e práticas acerca do cuidado à loucura.

A efetiva interdisciplinaridade possibilita um cuidado plural, no qual, com efeito, o usuário é o denominador comum do entrelace de várias disciplinas e práticas assistenciais na direção da integralidade. Por outro lado, exige uma composição organizacional capaz de manejar os problemas que brotam dessa pluralidade e que aparecem como dificuldades na comunicação, ou seja, suscita a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de diálogo entre os profissionais e de espaços coletivos favoráveis à elaboração dos conflitos sob o risco de que, se isso não ocorrer, manter-se-á a fragmentação do cuidado.

O aumento do grau de comunicação intra e intergrupos e a transformação dos modos de relação e de comunicação entre os sujeitos implicados nos processos de produção de saúde é fundamental e produz como efeito a desestabilização das fronteiras dos saberes, dos territórios de poder e dos modos instituídos na constituição das relações de trabalho, favorecendo o trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade.

No dia a dia dos serviços de saúde, inclusive no CAPS, a demanda pela interdisciplinaridade confronta-se continuamente com tais questões, gerando implicações importantes para a organização do trabalho, como a difícil demarcação de fronteiras entre as pro-

fissões. A diferenciação entre campo e núcleo de atuação profissional descreve as nuances do trabalho em equipe na perspectiva da interdisciplinaridade (CAMPOS, 2000). O campo é entendido como um espaço mais geral de atuação que não se oferece ao monopólio de nenhum saber ou prática e funciona como uma área de confluência de diversos saberes; o núcleo indica um espaço mais restrito de atuação que estaria relacionado às contribuições específicas de cada profissão.

É o próprio desenvolvimento do trabalho em equipe, na perspectiva interdisciplinar e horizontalizada, que constrói coletivamente as estruturas e os processos de trabalho da equipe. Do ponto de vista prático, os serviços de saúde mental devem realizar reunião de técnicos de referência do usuário, que abre espaço para maior participação dos diversos profissionais no acompanhamento dos casos com a possibilidade de fomentar, com base em procedimento de ajuste mútuo, a troca de informações sobre os usuários. Outro dispositivo importante é a reunião geral de equipe como espaço formal de coordenação do trabalho que não apenas, por sua regularidade, mas também por propiciar um local para o consórcio de todos os profissionais e promover discussões que resultem em arranjos organizacionais que pautem a realização das atividades, se caracteriza por ser o espaço no qual se concretiza o trabalho interdisciplinar.

A reunião de equipe geral possibilita espaço para o reconhecimento e para o manejo das divisões e fissuras que perpassam o trabalho em equipe, sendo estratégico no desencadeamento de processos criativos e de mudança que possibilitam a consolidação da Reforma Psiquiátrica nos CAPS.

Os trabalhadores do CAPS estão no olho do furacão antimaniacomial, sendo a equipe lugar de manifestação dos grandes conflitos e desafios. Segundo MERHY (2007), a equipe como potência pode e deve usufruir das dúvidas e das experimentações, e seria muito interessante que tornasse isso um elemento positivo, como marcador

contra os que possam imaginar já possuir certezas antimanicomiais. Pois para esse caminho não servem modelos fechados ou receitas, mas a interessante multiplicidade de um coletivo solidário e experimental.

2) Atenção e cuidado integral ao sujeito

A integralidade, como um dos princípios do SUS, vem ganhando destaque no campo da saúde mental, especialmente a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, que tem em sua vertente assistencial uma proposta de construção de redes de atenção integral na saúde mental (NASI et al., 2009).

A noção de integralidade ocorre pelo reconhecimento, no cotidiano dos serviços de saúde, de que cada pessoa é um todo indivisível e social, que as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde não podem ser fragmentadas. Isso se traduz nas ações da equipe do CAPS em sua constante busca pela articulação com outros saberes e práticas, seja no trabalho da equipe, seja na articulação com outros pontos de atenção da saúde e de outros setores, como a assistência social, justiça, cultura, educação, habitação, entre outros.

Por um lado, o conceito de integralidade remete à necessidade da identificação do sujeito em sua totalidade, preconizando que o cuidado de pessoas, grupos e coletividade consiste em compreender o indivíduo dentro do seu contexto social, político e histórico, relacionando-o à família, ao meio ambiente e à sociedade da qual ele faz parte.

Os sujeitos são efetivas redes vivas enquanto produção de conexões existenciais com outros indivíduos e coletivos em diferentes contextos (MEHRY, 2014). O tempo todo eles percebem a realidade ao seu redor, são tomados pelas emoções que suas vivências provocam, elaboram saberes sobre sua vida, fazem suas escolhas cotidianas e colocam-se no mundo. Produz-se, assim, a existência para além do que é o usuário quando adentra o serviço de saúde: enquanto rede viva, ele é território de conexões existenciais.

Quem pede as redes são os usuários, e a rede não está definida pela macropolítica, não está dada como em si, mas vai sendo tecida nos acontecimentos como dimensão micropolítica das experiências cotidianas (MEHRY, 2014). As redes vivas são construídas nos territórios segundo a singularidade dos casos.

Isso implica que o acolhimento do sofrimento do usuário e de sua família aborde diversas dimensões da vida, apresentando respostas diferentes daquelas orientadas pelo modelo biomédico, que tem a doença como foco de intervenção. O desafio que se coloca à equipe do CAPS é romper com essa visão linear e realizar uma prática clínica com escuta que permita a expressão da subjetividade e que legitime a experiência de existência-sofrimento do usuário e sua família.

Por outro lado, a atenção integral em saúde pressupõe que, além das ações de cuidado na crise, sejam desenvolvidas ações de promoção, de prevenção e de reabilitação e que a organização dos serviços e das práticas de saúde favoreçam a horizontalidade do sistema. O cuidado integral na saúde mental realiza-se no apoio às relações de trocas sociais dos usuários com seu meio na perspectiva da convivência numa sociedade marcadamente excludente.

3) Vínculo e corresponsabilidade pelo cuidado

A construção do vínculo do usuário com o serviço de saúde começa pelo acolhimento inicial, com os processos de empatia e escuta qualificada. Quando a pessoa chega ao CAPS, deverá ser acolhida e escutada em seu sofrimento. Esse acolhimento poderá ser de diversas formas, de acordo com a organização do serviço.

O objetivo nesse primeiro contato é compreender a situação, de forma mais abrangente possível, da pessoa que procura o serviço e iniciar um vínculo terapêutico e de confiança com os profissionais que lá trabalham (BRASIL, 2004).

O acolhimento universal, de porta de rua, aberta a todo aquele que a ela chega, significa que toda e qualquer demanda dirigida ao CAPS deverá ser acolhida, isto é, recebida, ouvida e respondida. O que significa isso? Em primeiro lugar, significa uma coisa muito simples, mas muito difícil de se praticar: o serviço não pode fechar suas portas sob qualquer alegação de lotação, inadequação entre demanda e capacidade técnica do serviço etc. Acolher é sempre possível, ainda que seja para, após ouvir a demanda, responder com a impossibilidade de admissão no serviço e responsabilizar-se pela articulação de cuidado em outro ponto de assistência da rede compatível com a necessidade dos usuários e sua família. Essa postura de acolhimento é essencial para a formação de vínculo.

O vínculo envolve a corresponsabilização do profissional e do usuário no cuidado de sua saúde mental, sendo um grande desafio, seja devido à história de vida do usuário, à forma como seu sofrimento psíquico se expressa, à trajetória de institucionalização ou às dificuldades de relações sociais associadas ao estigma e preconceito.

As dificuldades de inserção social dos usuários exigem da equipe uma série de mediações sociais com outros atores em diferentes contextos. E é nesse acompanhamento longitudinal que o profissional de saúde mental encontra espaço para a manutenção e fortalecimento dos vínculos e conseqüentemente alcança bons resultados na adesão ao projeto terapêutico estabelecido em conjunto.

O vínculo e a corresponsabilização também são favorecidos pela forma de organização da rede local de saúde, onde o CAPS atua de forma territorializada, ou seja, os moradores de determinado território têm equipes de saúde de referência nos diversos pontos de assistência. Dessa forma, fortalece-se o trabalho em rede dos serviços de saúde e formação de vínculo com o usuário, que identifica os profissionais-referência do seu cuidado na UBS e no CAPS. Tais referências desenvolvem os planos de cuidados dos usuários a

serem socializados com toda a equipe, possibilitando, assim, maior vinculação entre serviço e usuário.

A complexidade que envolve o trabalho proposto aos CAPS exige a criação de tais arranjos que facilitem a aproximação singularizada e vínculo entre profissionais, usuários e território de vida destes, possibilitando a construção e o acompanhamento de projetos terapêuticos (ONOCKO-CAMPOS e MIRANDA, 2010).

4) Participação dos usuários e trabalhadores na gestão do serviço

Três atores operam no campo da saúde pública e são de fundamental importância para o êxito do SUS, quais sejam: os gestores, os trabalhadores e os usuários. As alianças ou disputas entre eles, a garantia de espaços de discussão e deliberação, o reconhecimento do caráter indissociável do campo para o qual se orientam seus interesses são essenciais para a conformação de um modelo de atenção à saúde sustentado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica. O modelo de atenção será definido a partir da maneira como esses três atores expressam suas intenções, lugares e desejos, dos espaços de força política que ocupam, do modo como se articulam no cenário e de suas acumulações. É desse campo de debates e embates que emerge a definição do modelo de atenção à saúde a ser desenvolvido e da forma de gestão das práticas institucionais e técnicas na rede de serviços. A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (2004) indica que há uma forte relação entre a gestão e a forma de cuidar, sendo inseparável o modo de gestão do CAPS e do trabalho e a produção de saúde e produção de sujeitos, pois clínica e política estão visceralmente relacionadas. As mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas nos processos de gerir e de cuidar (PNH, 2004).

É importante destacar que a gestão participativa, além de ser diretriz da Reforma Psiquiátrica e da política pública de saúde mental em âmbito nacional, estadual e municipal, do ponto de vista do trabalhador de saúde mental, está alinhada com a Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde indicada no Protocolo nº 008/2011 que institui suas diretrizes:

Art. 2º A Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do SUS, de que trata o art. 1º desta Portaria, será regida pelos seguintes princípios:

[...]

II – Democratização das relações de trabalho, que se refere à garantia da participação dos trabalhadores, por intermédio de mecanismos legitimamente constituídos, na formulação, no planejamento, na gestão, no desenvolvimento, na avaliação das políticas e ações relacionadas à saúde do trabalhador do SUS, nos processos e nas relações de trabalho do cotidiano dos estabelecimentos de saúde;

[...]

V - Qualidade do trabalho, entendida como um conjunto de ações que priorizem formas de gestão, participação, divisão e organização do trabalho que permitam a promoção e proteção da saúde do trabalhador do SUS;

VI - Humanização do trabalho em saúde, que pressupõe construir um tipo de interação entre os atores envolvidos na produção de saúde a partir da cogestão dos processos de trabalho, do desenvolvimento de corresponsabilidade, estabele-

lecimento de vínculos solidários, dissociabilidade entre atenção e gestão, fortalecendo o SUS [...]”.

Aspecto fundamental a ser considerado na organização do processo de trabalho dos serviços é a escuta e a participação dos trabalhadores e das(os) próprios usuários, seja em relação ao funcionamento da unidade, seu cotidiano e dinâmica, seja em relação aos dispositivos clínicos ofertados. Nesse sentido, as assembleias e o conselho gestor são fundamentais.

As assembleias concretizam esse objetivo como espaço no qual usuárias(os), familiares, profissionais e pessoas da comunidade têm oportunidade de manifestar-se abertamente sobre questões relativas ao CAPS e à rede de saúde mental local.

O Conselho Gestor é um órgão colegiado que exerce o poder de forma compartilhada, de caráter permanente e deliberativo, integrante de todas as unidades de saúde, que tem poder de decisão, participação e colaboração efetiva nos programas e ações que são desenvolvidas na unidade de saúde (LEI nº 8.142/1990). É composto de uma forma paritária, entre os três segmentos representativos de área de saúde: 50% Usuário, 25% Trabalhador em saúde, 25% Gestores. A representação de cada segmento deverá ser realizada por eleição (Resolução nº 33/92 e Resolução CNS nº 333/2003).

É um espaço que permite um diálogo entre as partes, possibilitando o reconhecimento da realidade vivida pelos trabalhadores em saúde, administradores, usuários e a sua relação com o Sistema Único de Saúde e Rede Municipal, onde os conflitos aparecem e são trabalhados na busca de um objetivo comum, que no caso é a melhoria da unidade de saúde.

Além das assembleias e conselhos gestores, as associações de usuários e familiares e as Conferências de Saúde, assim como a descentralização de poder para os municípios (processo de municipalização), são fundamentais para o fortalecimento da participação

dos usuários e trabalhadores e atuação na formulação e controle da execução da política pública de saúde.

5) Educação permanente

A formação dos trabalhadores é um ponto crítico para a concretização das diretrizes do sistema público de saúde brasileiro, cuja implementação não foi necessariamente acompanhada da qualificação dos profissionais para atuarem segundo os princípios da política de saúde vigente. Por outro lado, os saberes desenvolvidos pelos trabalhadores nas práticas do cuidado em território e o modo como compreendem o processo saúde-doença nem sempre são problematizados na formulação de políticas para a saúde.

As instituições formadoras no contexto tradicional da sociedade têm oferecido a especialização do cuidado pautado no modelo biomédico, indiferentes às necessidades de saúde da população em contextos de vulnerabilidades onde atuam os profissionais de saúde. Dessa forma, intensifica-se a tensão na construção do modelo de saúde atual, tornando evidentes as diferenças entre o que pensam os usuários, os trabalhadores e os gestores da saúde (SCAFUTO, SARACENO, DELGADO, 2017).

Há consenso entre os críticos da educação e dos profissionais da saúde em relação ao fato de ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada. Segundo Ceccin e Feuerwerker (2004), o modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdos organizado de maneira compartimentada, isolada, fragmentando os indivíduos em especialidades clínicas. Essa formação propicia a atuação profissional na saúde mental baseada na divisão do trabalho, afirmando a cura ou a adaptabilidade social e deslegitimando a realidade do sofrimento psíquico vivida pelo usuário e sua família. Tal perspectiva mostra-se insuficiente para atender ao que preconiza a Reforma Psiquiátrica e o próprio SUS,

que foi estruturado considerando o conceito ampliado de saúde, a saúde como direito universal e a atenção integral, entre outros.

Um dos principais desafios da Política Nacional de Saúde Mental brasileira é a formação de profissionais adequada ao trabalho inter-setorial e interdisciplinar, que seja capaz de produzir a superação do paradigma da tutela e romper com as barreiras do estigma e preconceito para o redirecionamento desta política, sob a perspectiva da desinstitucionalização e da atenção psicossocial (BRASIL, 2005).

Desde 2004, o Ministério da Saúde apresenta a Educação Permanente em Saúde como

[...] uma ação estratégica, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras (BRASIL, 2004).

É importante ressaltar que o campo da Saúde Mental foi considerado prioritário na política de educação permanente. No entanto, a maioria dos municípios não incluiu em seus projetos as equipes de saúde mental como público-alvo desse processo de educação. O relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas (BRASIL, 2005) reafirma a necessidade da participação dos gestores municipais na construção de uma política local de Educação Permanente para a saúde mental e o alinhamento das ações desenvolvidas pela Política Nacional de Educação Permanente às necessidades de formação na perspectiva da Reforma Psiquiátrica (SCAFUTO, SARACENO, DELGADO, 2017).

A noção de educação permanente em saúde assume que nenhum curso de formação esgota as necessidades de qualificação para a atuação profissional no SUS. A educação permanente está muito além

de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Ela objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho.

O conceito de educação permanente significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, segundo a realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Este tipo de construção possibilita enriquecer as subjetividades, contemplando a educação em serviço, complementando a formação técnica de graduação e pós-graduação, qualificando a organização do trabalho nos diversos níveis de gestão dos serviços de saúde e no controle social. Isso coloca em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e no exercício profissional, trazendo, junto dos saberes técnicos e científicos, as dimensões éticas da vida.

Segundo CECCIM e FERLA (2005), a formulação de estratégias para o ensino, o desenvolvimento da gestão setorial, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social assim como o investimento na intersectorialidade são produtos de: 1) articulação entre ensino, trabalho e cidadania; 2) vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; 3) construção da rede do SUS como espaço de educação profissional; 4) reconhecimento de bases regionais locais como unidades político-territoriais onde estruturas de ensino e de serviços devem se encontrar em 'cooperação'.

Assim, a educação permanente em saúde tornou-se estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para a saúde (BRASIL, 2005), sendo instituída por meio da Resolução CNS n° 353/2003 e da Portaria MS/GM n° 198/2004, que teve suas diretrizes de implementação publicadas na Portaria GM/MS n° 1.996/2007. Desse modo, o eixo para formular, implementar e avaliar a educação

permanente em saúde deve ser o da integralidade e o da implicação com os usuários, que seja lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente.

EIXO 5 – CONJUNTURA SOCIOPOLÍTICA DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) EM CAPS

É fundamental explicitar os diversos avanços alcançados com a Reforma Psiquiátrica no Brasil e o papel da Psicologia nesse processo, uma vez que, como campo de saber e intervenção, diversas mudanças foram se instituindo nas práticas das(os) psicólogas(os) no SUS. A implementação de serviços alinhados a uma atuação que rompa com o modelo exclusivamente biomédico e que se institua pela atenção psicossocial, no Brasil, teve, em todo o seu processo histórico, a participação da Psicologia na construção de novas estratégias de atenção à pessoa em sofrimento, na produção de vínculos e de novas formas de cuidado.

No entanto, cabe mencionar que, desde 2016, o contexto sociopolítico do Brasil tem se caracterizado pelo retrocesso da Política de Saúde Mental, e a Psicologia precisa se manter vigilante para não retroceder em suas práticas.

Atualmente, alguns mecanismos jurídicos têm se instituído para referendar práticas de incentivo à internação, contrapondo-se à proposta de desinstitucionalização contida na Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial de saúde mental e reafirma a reintegração do sujeito ao seu território como sendo a principal finalidade do tratamento. Um desses mecanismos é a Portaria nº 3.588, publicada no final de 2017 (altera a Política Nacional de Saúde Mental e modifica a Rede de Atenção Psicossocial – Raps), que traz mudanças importantes, como o aumento do valor do financiamento da diária de internação paga pelo SUS às instituições psiquiátricas e do número de leitos psiquiátricos em instituições hospitalares,

ampliando de 15% para 20% e enfraquecendo, dessa forma, os CAPS no seu papel de serviços substitutivos à rede hospitalar.

Outro ponto importante a destacar sobre a Portaria nº 3.588/2017 e seu papel de enfraquecer os serviços alinhados à Reforma Psiquiátrica, se refere à tabela de procedimentos do SUS, que passa a considerar a internação psiquiátrica de até 90 dias como sendo de curta duração, se contrapondo às disposições da Lei nº 10.216, que, ao contrário, orienta a excepcionalidade das internações (só quando os “recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”) e seu caráter de brevidade. A referida portaria é contestada por diversos segmentos da sociedade, mas é referendada pela classe política e por instituições que se beneficiarão das mudanças que ela estabelece. O Conselho Nacional de Saúde, que é considerado instância máxima de deliberações do SUS, solicitou a revogação dessa portaria, uma vez que ela não foi discutida com as instâncias deliberativas. Segundo Guimarães e Rosa (2019, p. 122), essa Portaria

[...] gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica no Brasil que preconiza a desinstitucionalização e a reabilitação psicossocial e o mais grave, sem a tradição prevista na cultura da participação de pesquisadores e representantes dos movimentos sociais. Realizou-se análises unicamente quantitativas focadas nas fragilidades da RAPS, e que propõe defender nitidamente os valores corporativos e econômicos, desconsiderando toda a potência desta política, além de seus determinantes sociais.

A referida portaria se configura um documento que ameaça alguns avanços já conquistados na atenção à saúde mental da população brasileira, principalmente na consolidação de uma atenção

baseada na clínica ampliada, na participação social e na desinstitucionalização do sofrimento psíquico, como está preconizado na Lei nº 10.216.

Dentre os avanços já conquistados no campo da política de saúde mental, a partir da Lei nº 10.216 e da Portaria nº 336, que regulamenta os CAPS como serviços substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos, destaca-se a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), segundo a Portaria nº 3.088/2011. A instituição da Raps possibilitou ao país avançar na luta antimanicomial e na melhor organização para a implementação de estratégias de desinstitucionalização do sofrimento psíquico. A Raps propõe o efetivo rompimento com a lógica dos encaminhamentos na atenção à saúde mental e ratifica a implementação de serviços baseados na responsabilização e no vínculo com a comunidade atendida, no atendimento humanizado, participativo e interdisciplinar aos usuários dos serviços de saúde mental.

Por considerar que a Portaria nº 3.588 não contempla diversas lutas já travadas para a garantia de direitos humanos nos cuidados em saúde mental, o presente texto, ao compor as Referências Técnicas para o trabalho da(o) psicóloga(o) em CAPS, toma por referência a Lei nº 10.216, que se institui embasada na Constituição Federal de 1988 e é normativa superior às portarias, bem como se orienta pela Portaria nº 3.088, de 2011, que institui a Raps na perspectiva das estratégias de desinstitucionalização e da autonomia dos sujeitos.

Sendo assim, a despeito do retrocesso concreto que a sociedade brasileira tem vivenciado desde 2016, seja pela publicação e sanção de documentos que retiram direitos já assegurados, seja pela disseminação de informações alinhadas a uma ideologia mantenedora de grupos hegemônicos e produtora de desigualdades, o presente documento pretende referendar uma prática da Psicologia nos CAPS que possa ampliar as possibilidades de inserção social daqueles que estão em sofrimento psíquico e de suas famílias.

Vale ressaltar que, embora existam na atualidade condições legais que garantam o financiamento e a implementação de serviços e redes de atenção psicossocial, graças ao processo histórico de transformação do modelo de atenção à saúde, ainda se vivencia a necessidade de manter-se vigilante e resistente às estratégias utilizadas por grupos externos que visam manter o status quo das instituições com características manicomiais. Segundo Guimarães e Rosa (2019, p. 115),

[...] Os rumos da Reforma Psiquiátrica foram ameaçados pelo Decreto nº 7.179 de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e, posteriormente, negados pela Portaria nº 3.588/2017 e reafirmados pela Nota Técnica do Ministério da Saúde nº 11/2019 que gerou significativas mudanças na Política Nacional de Saúde Mental.

É ainda importante considerar que os CAPS são serviços que compõem o SUS e que este também tem vivenciado na atualidade desinvestimentos, por parte do poder público, em diversos pontos de atenção, decorrentes dos retrocessos das políticas sociais atuais. Como afirmam Guimarães e Rosa (2019, p. 123),

[...] não há aumento do repasse para os CAPS em suas diferentes modalidades desde 2011, o que intensifica a precarização do equipamento e gera dificuldades operacionais no cotidiano desses serviços, ou seja, o hospital psiquiátrico, que na lógica da Reforma sofreu uma amortização gradativa, sendo excluído da RAPS, retorna com força total e muito dinheiro.

Dessa forma, é importante explicitar a necessidade de que as(os) psicólogas(os) que atuam em CAPS mantenham-se vigilantes e resistentes para a garantia de uma atenção referendada na clínica ampliada e nos cuidados que associam técnica, humanização, cidadania e direitos humanos. Destaca-se, assim, como fundamental para a Psicologia a construção de um saber que esteja embasado na análise crítica da realidade social e a produção de intervenções que se alinhem às dimensões de uma psicologia uma política que reconheça o entrelaçamento das diversas facetas das relações de poder que atravessam as instituições.

O campo de atuação da saúde na perspectiva do SUS deve se orientar pelo reconhecimento de que as práticas de cuidados se instituem em contextos vivos, de pessoas ativas e capazes de transformar a própria realidade, mas paradoxalmente em contextos históricos de mercantilização do adoecimento, de uso autoritário do poder e de desrespeito às individualidades e vivências subjetivas. O contexto atual das políticas sociais demarca um desinvestimento por parte do poder público na garantia do acesso universal à saúde, divergindo do que recomenda a Constituição Federal, e assinala uma (re)valorização da privatização da saúde.

O atual contexto sociopolítico de desinvestimento do SUS coloca em alerta todos que orientam sua prática na perspectiva da mudança do modelo de atenção à saúde, já que a partir da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica vários instrumentos jurídicos surgiram para auxiliar a implementação de serviços universalizados e regionalizados, de base comunitária, de ações participativas, com foco na promoção da saúde, na prevenção de agravos, além do tratamento e da reabilitação. As estratégias políticas do contexto contemporâneo ameaçam a lógica de implementação dessas mudanças, avalizando práticas que se sustentam, no caso da saúde mental, no modelo de institucionalização, com as hospitalizações ou internações em ins-

tituições psiquiátricas ou Comunidades Terapêuticas, muitas delas com características manicomiais.

Principalmente na especificidade da atenção à saúde mental, o atual desinvestimento do SUS e a consequente priorização de ações hospitalares e de especialidades realçam a necessidade de que a Psicologia, como campo de saber e de intervenção, se posicione criticamente e que, ao construir sua prática na saúde mental, as(os) psicólogas(os) se comprometam com a atenção de base comunitária e territorializada, com a valorização da autonomia dos usuários dos CAPS e de suas famílias. Que seja tarefa da Psicologia enfrentar as situações de abuso de poder e de violação de direitos por meio de uma atuação comprometida com a transformação da realidade e com a ampliação da participação social dos sujeitos em sofrimento.

Referendadas(os) no que preconiza o Código de Ética da profissão (CFP, 2005, p. 7), as(os) psicólogas(os) necessitam atuar em prol da responsabilidade social e na “promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade, da integridade do ser humano”. A referência da atuação das(os) psicólogas(os), diante do contexto atual de retrocessos no que se refere à cidadania e à democracia, precisa considerar os princípios fundamentais que compõem o Código de Ética da profissão, a saber:

- O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

- O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.

[...]

VII. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (CFP, 2005, p. 7).

O papel das(os) psicólogas(os) nos CAPS, tendo em vista o contexto sociopolítico atual e a história dos cuidados em saúde mental, deve ser potencializado para o desenvolvimento de estratégias que visem à superação dos processos de dominação social. Espera-se que a memória da história de violação de direitos e de discriminação, que o sujeito com sofrimento psíquico vivenciou, se mantenha viva, e que fortaleça o compromisso da Psicologia com a responsabilidade social. Que a Psicologia, como campo de saber e intervenção, não se desvincule da dimensão política que atravessa os cuidados em saúde mental, a partir da compreensão crítica dos instrumentos legais que se constroem (muitas vezes impulsionados pela mobilização social, mas outras vezes instituídos por forças externas mantenedoras de poder).

Na sequência, serão apontadas duas importantes reflexões a respeito do papel do CAPS na Raps e da Psicologia nesse âmbito de atuação, quais sejam: manutenção da resistência da Psicologia diante do atual contexto sociopolítico de retrocessos; e as demandas de atenção à saúde mental para os CAPS e atuação em rede.

(Re)politização das equipes como estratégias de resistência

Uma importante reflexão que deve permear as discussões necessárias para a manutenção das estratégias de resistência aos

poderes externos instituídos, especificamente na atenção à saúde mental, se refere ao necessário desvelamento da contradição que atravessa a sociedade brasileira: uma política construída em bases democráticas e participativas, mas instituída historicamente na lógica da manutenção do poder do modelo biomédico hegemônico. A inserção crítica e o desvelamento de todas as estratégias de dominação, das táticas de violação de direitos e de destituição da autonomia e da liberdade são tarefas importantes para a efetivação de um modelo psicossocial que ratifique a garantia dos cuidados de base comunitária e participativa.

Nas práticas em saúde mental, desde a redemocratização do país nos anos de 1980, há, por um lado, a crescente publicação de instrumentos legais que assegurem a democratização e a universalização do acesso aos serviços de saúde, com a garantia dos direitos sociais na perspectiva da cidadania e com a responsabilização do Estado pelo provimento; e, por outro lado, há a contraditória execução ainda ancorada na história brasileira de intervenção autoritária do Estado que fortalece políticas de higienização social, que alijam do convívio em comunidade aquelas pessoas consideradas “incapazes” (TAVARES e SOUSA, 2014).

Embora existam na atualidade instrumentos legais que ratificam a construção de serviços e de uma rede de cuidados de atenção psicossocial, persistem estratégias tradicionais que a todo o momento surgem por meio de novos arranjos jurídicos e que instituem nos cuidados em saúde mental uma prática ainda contraditória. Essa contradição é fruto da própria institucionalização dos serviços de

modalidade CAPS, que inseriu profissionais de diversas áreas, incluindo a Psicologia, por meio, muitas vezes, de concursos públicos, mas que não garantiu uma inserção orientada pelo modelo psicossocial de atendimento, tendo inclusive deficiências decorrentes do próprio processo histórico de formação acadêmica, que ainda não superou a base tradicional do modelo biomédico e de especialidade na atenção à saúde (TAVARES e SOUSA, 2014). Por isso, é fundamental destacar a necessidade de implementação de processos de capacitação/formação contínua aos profissionais que atuam em CAPS, bem como apontar os desafios para essa formação quando em contextos de retrocesso. Nesse sentido, o principal desafio da atenção à saúde mental na atualidade é manter-se vigilante e crítico a todas as possibilidades de reprodução dos discursos velados de dominação da sociedade.

Se com os avanços legais já era um grande desafio a consolidação de um modelo psicossocial de atenção à saúde mental na Raps, agora com os retrocessos que se regulam por portarias que legitimam as práticas autoritária e higienista, fica mais difícil garantir os direitos já assegurados desde a Constituição Federal de 1988. Amarante (2003), ao abordar a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil, argumenta que existem quatro eixos a serem analisados: 1. político-jurídico, 2. técnico-assistencial, 3. teórico-conceitual e 4. sociocultural. Segundo o autor, o eixo político-jurídico trouxe mudanças importantes no processo de desinstitucionalização do sofrimento psíquico, principalmente a partir da Lei nº 10.216. O eixo técnico-assistencial teve, igualmente, transformações consideráveis a partir dos avanços no campo jurídico (que asseguraram criação e financiamento dos CAPS, a formação de equipes interdisciplinares por meio de concursos públicos, matriciamento às equipes de atenção básica, entre outras).

Apesar dos avanços nesses eixos, Amarante (2003) argumenta que só o arranjo jurídico e o técnico-assistencial não são suficientes para consolidar a transformação do modelo, principalmente porque

os outros dois eixos se compõem por aspectos subjetivos e difíceis de serem regulados. O eixo teórico-conceitual (que faz referência a uma concepção de ser humano, à apreensão do sofrimento como construção social e ao reconhecimento de novas estratégias de cuidado) e o eixo sociocultural (que tem como principal fator os aspectos culturais da organização social e histórica da sociedade e que fortaleceu a exclusão daqueles que não se ajustam à ordem social, produzindo desigualdades) ainda precisam ser desvelados para efetivamente romper o modelo tradicional instituído. Além do mais, diante da emergência de um poder político de extrema direita no Brasil, que na atualidade incrementa diversos retrocessos nesse campo, a estagnação da necessária transformação teórico-conceitual e sociocultural torna-se constante ameaça aos profissionais de CAPS.

Ressalta-se que esses dois eixos (teórico-conceitual e sociocultural) fazem interface importante com a implementação das políticas públicas e com as demandas atuais para a sua consolidação. São eixos que dependem da constante resistência e de um expressivo posicionamento crítico às diversas artimanhas do poder que se concretizam na exclusão e no não reconhecimento de seres subjetivos, com particularidades, histórias específicas e direito à cidadania.

É nesse aspecto que a resistência dos profissionais de CAPS deve se constituir elemento de constante práxis para a construção e elaboração dos cuidados em saúde mental, bem como para a instituição de uma rede de serviços. Destaca-se a importância de que o trabalho das(os) psicólogas(os) nos CAPS seja articulado com posicionamentos políticos de garantia de direitos humanos e com concepções teórico-conceituais de valorização de subjetividades autônomas. Será somente com firmeza nas concepções de sociedade igualitária e democrática que transformações importantes serão efetivadas em prol da autonomia e pertencimento social da população.

O envolvimento de profissionais de saúde mental em movimentos sociais nas décadas de 1970 e 1980 foi fundamental para a VIII

Conferência Nacional de Saúde e para a promulgação da Constituição Federal, em 1988, bem como para a implantação do SUS, em 1990. Importante mencionar que as transformações político-jurídicas e técnico-assistenciais da Política de Saúde Mental ocorridas no Brasil são resultantes de mudanças sociais que aconteceram na sociedade brasileira a partir do processo de redemocratização. Foram mudanças que emergiram de um contexto extremamente fértil para as mobilizações da sociedade como um todo, no qual grupos de resistência se posicionavam em prol das minorias e denunciavam as práticas de violação de direitos direcionadas a diversos públicos, entre eles os usuários de serviços de saúde mental.

No entanto, a sanção das leis pode, paradoxalmente, retroceder às mudanças que se espera, já que aquietam as mobilizações sociais e pode dar margem à emergência de novas formas de instrumentalização jurídica, de exercícios do poder sobre classes marginalizadas e de produção/reprodução de novos processos de exclusão na sociedade. A insistência e persistência de uma atuação vinculada a estratégias de fortalecimento comunitário e de mobilizações sociais é tarefa importante às(aos) psicólogas(os) que atuam em CAPS. Tornar-se agente de permanente resistência aos retrocessos é papel da Psicologia quando inserida em espaços que se destinam a romper com técnicas de disciplinamento e com estratégias de controle, principalmente porque são estratégias alicerçadas no falso discurso do cuidado.

Ademais, importante destacar que o atual momento sociopolítico tem se caracterizado por um desmantelamento dos serviços de base comunitária e pelo fortalecimento dos serviços hospitalares ou de assistência institucionalizante e repressiva. Nesse sentido, os CAPS tornam-se pontos de atenção ainda percebidos como desqualificados por alguns agentes importantes. Como, por exemplo, o próprio sistema de justiça, cuja atuação tem sido cada vez mais ativa, na tentativa de garantir direitos à população, mas as resoluções ainda são ambíguas no que se refere a quais direitos se garantem.

Judicializar a atenção à saúde mental é uma prática que tem sido cada vez mais acionada no Brasil, mas as estratégias se embasam em um modelo ainda em construção, no qual prevalecem as tentativas de institucionalização, o amplo uso de mecanismos que obrigam as internações compulsórias, independentemente dos riscos reais que o sujeito corre. Hospitalizar ou internar compulsoriamente em Comunidades Terapêuticas, por exemplo, tem sido decisões do sistema judiciário na tentativa de garantir o acesso do usuário ao serviço, mas que acabam impedindo a consolidação de uma rede de atenção psicossocial e desqualificando os CAPS como serviços substitutivos (TAVARES e SOUSA, 2014).

Quando o Poder Judiciário não compreende o processo histórico de violação de direitos que perpassou a atenção à saúde mental e quando não consegue dialogar com quem tem o conhecimento teórico-conceitual sobre o sofrimento psíquico, pode tomar decisões que sejam contrárias ao consenso já estabelecido sobre os cuidados em saúde mental. Isso ocorre principalmente quando o modelo de atenção psicossocial ainda não está consolidado na cultura.

Sobre a judicialização que tem sido amplamente acionada em nossa sociedade, principalmente nos casos de envolvimento com álcool e outras drogas, é importante reconhecer seu papel de garantir direitos e acesso da população a serviços e políticas ainda deficitárias quanto à sua abrangência. No entanto, não há como minimizar que no modelo de sociedade constituído, cuja lógica é de promover exclusão e ampliação dos processos de desigualdade, a judicialização pode tornar-se mais um mecanismo de manutenção dos poderes instituídos e um impeditivo para a efetivação de políticas públicas garantidoras de direitos e cidadania, uma vez que criminaliza a pobreza e destitui a autonomia dos envolvidos.

Diante do exposto, ressalta-se que a produção de estratégias que possibilitem o desvelamento dos poderes externos de manutenção da dominação e exclusão é condição primordial para o tra-

balho em CAPS. Assim, é tarefa das(os) psicólogas(os) reconhecer suas potencialidades de impor resistência a uma ordem instituída, de fazer frente no exercício do cuidado territorializado, em rede, e de disseminar, por meio de diálogos intersetoriais, inclusive com o Poder Judiciário, a proposta do CAPS na promoção de cuidados em liberdade.

Novas demandas que se apresentam aos CAPS

Além dessa dimensão política da atuação da Psicologia nos CAPS, aponta-se para a necessidade de compreender que na atualidade as demandas de atenção à saúde mental também se expressam em perspectivas diversas do que a história assinalava: cada vez mais o perfil de atendimento em saúde mental não contempla apenas os usuários diagnosticados com transtornos mentais graves, com sintomas psicóticos e egressos de longas internações psiquiátricas, embora esse ainda seja um perfil muito presente nos CAPS e que precisa circular pela Raps, principalmente para possibilitar a consolidação da desinstitucionalização preconizada pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

No entanto, na atualidade, juntamente com a tradicional demanda dos egressos de longas internações psiquiátricas e de pessoas com transtornos mentais graves, têm surgido nos CAPS demandas decorrentes de processos de sofrimento que são reflexo da organização social atual: excesso de trabalho e diminuição de empregos, falta de vínculos afetivos, isolamento social, desequilíbrio entre a vida real e a vida das redes sociais, exigências decorrentes de uma excessiva competitividade, desigualdades social, econômica, étnica e racial que geram falta de pertencimento social, reconhecimento de violências sofridas por racismo, homofobia, xenofobia, sexismo, dentre outras. Todas essas dimensões de sofrimento devem compor a atuação dos psicólogos em CAPS, uma vez que necessitam ser ar-

ticuladas intervenções específicas para a organização de uma rede de cuidados.

Construir Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) que possam contemplar essas dimensões, não necessariamente vinculadas a um transtorno específico, mas que atravessam as condições de saúde mental da população adscrita do CAPS, é uma tarefa que deve compor a oferta de serviços da atenção psicossocial (seja pela assistência direta do CAPS, pelo matriciamento ou pela organização da rede). A vivência da violência estrutural que assola a população em situação de desigualdades e vulnerabilidades alerta para riscos à saúde mental, promovendo o que Sawaia (2001) denomina “Sofrimento Ético-Político”, que é aquele sofrimento decorrente da não participação social, da exclusão e da culpabilização individual por problemas de múltiplas dimensões. Portanto, esse sofrimento não pode ser ignorado pelos profissionais que atendem em CAPS e deve ser acolhido pelo serviço, que é o regulador da rede.

Não se pode deixar de mencionar as próprias consequências à saúde mental da população em decorrência da pandemia da covid-19, que tem se arrastado desde 2020, trazendo sofrimentos das mais diversas ordens. Segundo Effertz (2019, p. 10),

[...] em muitos países de rendimento baixo e médio, as pessoas que vivem na pobreza correm um risco acrescido de problemas de saúde mental devido ao aumento dos níveis de stress, exclusão social, falta de capital social, subnutrição e exposição à violência e aos traumas, todos estes fatores estão relacionados com a saúde mental que é muitas vezes negligenciada pelos responsáveis políticos.

Pessoas com sofrimentos existenciais e com comportamentos autodestrutivos (automutilação, ideação suicida e planejamento de

morte), por exemplo, passaram a frequentar os serviços de modalidade CAPS e a exigir uma intervenção eficaz, no sentido de construir uma rede efetiva de cuidados. Mulheres vítimas de violência e com transtornos decorrentes desse sofrimento também são públicos que têm perpassado os cuidados de atenção ofertados pelos CAPS, principalmente em municípios que não contam com uma rede de acolhimento para estas mulheres. A população em situação de rua é outra categoria social que não pode ser desconsiderada pelos profissionais do CAPS e que traz para o serviço novos desafios para a efetivação de ações preventivas e promotoras de saúde mental, além de curativas e reabilitadoras.

Pretende-se deixar registradas algumas indagações importantes para abordar as demandas atuais de atenção à saúde mental que surgem nos CAPS e para compreender que essas demandas se compõem pelas subjetividades construídas na sociedade contemporânea: o que nos mantém saudáveis mentalmente em uma sociedade de controle? Quais são as estratégias para o enfrentamento às adversidades e para lidar com o sofrimento? Como instituir um modelo de cuidado que possa abranger, além da classificação psicopatológica que permite um diagnóstico, uma compreensão simbólica e histórico-social dos mecanismos produtores de sofrimento psíquico na atualidade?

Como sujeitos sócio-historicamente constituídos, estamos entrelaçados pela objetividade da sociedade (com sua materialidade instituída por meio de regras formais, leis e instituições) e pelas subjetivações estabelecidas no processo dialético do desenvolvimento humano (que abarca a dimensão afetiva e simbólica dos sujeitos e que confronta e é confrontado, em todo momento, por componentes ideológicos e de classe). Essa condição de ser sócio-histórico produz sentidos e significados contraditórios sobre o ser e o fazer, e impõe ao sujeito conformar-se ou rebelar-se diante dos processos de dominação social. A conformação por si só não é indicativa de saúde mental, haja vista o grande número de pessoas que adoecem

pelo excesso de trabalho, pela subjugação passiva a regras e pela busca incessante da “felicidade” tão almejada e difundida pelas tecnologias e redes sociais, provocando um falseamento da realidade e produzindo mal-estar subjetivo. Ademais, é importante destacar que a prescrição de muitos medicamentos psiquiátricos pode ser acionada com o objetivo de promover a conformação social, ou a não importunação.

O momento social atual tem sido muito fértil para repensar as normatizações e os modelos instituídos de comportamentos-padrão e de processos de adoecimento psíquico, convocando a uma revisão daquilo que se considera inadaptação ou desajustamento. Nesse processo de pandemia, por exemplo, que se alonga há mais de ano, crianças ou adolescentes pobres, longe das escolas e nas ruas, estão vulneráveis a sofrerem violências, a se envolverem em atos delituosos, a fazerem uso de álcool e outras drogas, e acabam por alarmar a sociedade e por colocar em evidência o fracasso do Estado em manter a ordem. Longe dos contextos em que possam ser protegidos, esses sujeitos se inserem no mundo adulto em uma condição de marginalidade. Vivenciam processos de exclusão que dificultam uma inserção social de pertencimento e que ampliam os problemas: tornam-se desesperançosos e sem projetos de vida

Toda forma de pertencimento social é a base para a produção de processos de subjetivação autônoma e para a formação de sujeitos ativos e criativos na consolidação dos laços sociais, como bem argumenta Vygotski (2010). Os sujeitos com sentimento de pertencimento social tornam-se potencialmente saudáveis, capazes de fazer ajustamentos criativos diante das adversidades e menos suscetíveis a processos de adoecimento. Porém, na atualidade, cada vez mais, tal sentimento tem se desmaterializado, principalmente para populações em vulnerabilidade, produzindo sofrimentos com dimensões diversificadas e exigindo novas estratégias de cuidado. Segundo Vygotsky (2010), toda a cultura humana que diz respeito

ao próprio homem e ao seu comportamento é a própria forma de adaptação dos sujeitos ao seu ambiente.

Com essa compreensão sobre o ser humano e seu processo histórico e social de se fazer humano e de se tornar pertencente a uma determinada sociedade, a um contexto e a uma época, é que se empreende uma discussão sobre as mudanças do perfil dos usuários que necessitam do atendimento psicossocial nos CAPS, na atualidade.

Depressão grave, automutilação, suicídio ou tentativas de autoextermínio são sofrimentos que assolam a população no mundo contemporâneo, independentemente da condição de classe social e idade. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014) define o comportamento suicida como abrangendo tanto a ideação de suicídio, o planejamento de morte, a tentativa e o suicídio propriamente dito, trazendo a importância de que os profissionais estejam alerta na identificação dos riscos, já que ideação e planejamento são comportamentos menos evidentes. Portanto, as demandas atuais para a atenção a esse comportamento convocam os CAPS e se instituem serviços de acolhimento e de cuidados. É papel dos CAPS trabalhar esses sofrimentos, mas é imprescindível, na construção de uma rede de cuidados, discriminar casos graves daqueles que podem ser considerados de menor risco, para se definir o tipo de cuidado a ser ofertado pelo CAPS e as possibilidades de acionar outros pontos de atenção da Raps. Nesse sentido, o acolhimento do CAPS a esses casos e o trabalho em rede são fundamentais.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), em 2012 registraram-se no mundo 804.000 mortes por suicídio, representando uma taxa anual de suicídios de 11 a cada 100.000 habitantes. Ainda para a Organização Mundial da Saúde, esses dados colocam o suicídio como um problema de saúde coletiva, principalmente porque são números que podem estar subnotificados. Além do tabu sobre essa temática, existem, ainda, países em que o suicídio é considerado

ilegal e os registros acabam sendo classificados como morte por acidente ou outra causa.

Diante do alarmante dado sobre o comportamento suicida e da atual realidade de novas demandas que surgem nos CAPS, bem como do atual desinvestimento público para a atenção psicossocial como ponto estratégico de atenção à saúde mental, o atendimento a algumas demandas emergenciais da atualidade precisa fortalecer a Raps como ampla rede de atenção. Para o acolhimento a casos de comportamento suicida, por exemplo, é fundamental que os CAPS acolham e articulem o cuidado com os diversos pontos de atenção. Importante destacar que os CAPS não devem descaracterizar seu papel de atenção a casos graves e devem se afirmar como serviços que substituem os hospitais psiquiátricos. Dar conta do atendimento à população com transtornos graves é tarefa dos CAPS, pois se não forem inseridas nesses serviços essas pessoas serão absorvidas pelos hospitais, muitos deles ainda com características manicomiais, o que configuraria um grande retrocesso, dado os avanços já conquistados. Mas, ao mesmo tempo, os CAPS não podem se eximir de ofertar o cuidado necessário a essas novas demandas que têm surgido, haja vista o intenso sofrimento que as envolve e os riscos reais de adoecimento e morte. Assim, é fundamental que, como regulador da rede, os CAPS articulem os cuidados nos diversos níveis de atenção da RAPS, de forma a não deixar a pessoa com ideação suicida ou com histórico de tentativas de autoextermínio sem vinculação à rede.

Portanto, compreendendo as novas demandas para os CAPS, e a necessidade de rever a patologização, avaliar a vulnerabilidade e os riscos, bem como de estabelecer novas estratégias de cuidado, é fundamental reconhecer que a Raps precisa ser fortalecida em seus diversos pontos de atenção e que os CAPS permaneçam como ponto estratégico de desinstitucionalização e oferta de cuidados em liberdade, atendendo prioritariamente os casos mais graves. , mas

acolhendo novas demandas, fazendo avaliação de riscos e estabelecendo o trabalho em rede.

Diante do atual desinvestimento da atenção psicossocial pelo poder público e dos riscos reais de retrocesso e de crescimento das práticas de institucionalização, é fundamental demarcar o papel do CAPS como ponto de atenção estratégico para a superação do modelo manicomial. Que os CAPS possam efetivamente cumprir seu papel de serviço aberto, de base comunitária, com oferta de atenção interdisciplinar, no qual as(os) psicólogas(os) tornam-se parte de uma equipe que a todo momento resiste às tentativas de retrocessos. Na prática de atenção psicossocial, ao propor estratégias de cuidados em liberdade, em que o sujeito do sofrimento é o centro da atenção, as(os) psicólogas(os) devem priorizar as intervenções participativas, o trabalho em rede e o respeito às diversidades e à liberdade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 768-779, 2009.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1996, 142 p. ISBN 978-85-7541-327-2. <https://doi.org/10.7476/9788575413272>.

AMARANTE, P.D.C. e TORRE, E. H. G. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 26-34, maio/ago. 2001.

AMARANTE, P.D.C. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AMARANTE, P.D.C. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.D.C. Reforma psiquiátrica e epistemologia. **Cad. Bras. Saúde Mental** [Internet]. 2009 [citado 2009 ago 12]; v. 1, n.1.

AMORIM AKMA, DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p.195-204, 2009.

ANTUNES, M. A. M. **A psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarco Editora/Educ, 1998, 2. Ed., 2001.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Organização: Paulo Amarante; tradução: Joana Angélica d'Ávila Melo. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECELLI, L. P.C.; SANTOS, M. A. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu.

Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, p. 242-249, 2004.

BEDIM, D. M.; SCAPARO, H. B. K. Intergralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Psicol. Teor. Prati**. São Paulo, v.13, n.2, ago. 2011.

BELLENZANI, R.; COUTINHO, M. K. A. R. G.; CHAVEIRO, M. M. M. R. de S. As práticas grupais em um CAPS - Centro de Atenção Psicossocial: sua relevância e o risco de iatrogenias. **Anais...XV Encontro Nacional da ABRAPSO**, 2009.

BENEVIDES, D. S. *et al.* Mental healthcare through therapeutic groups in a day hospital: the healthcare workers' point of view. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 32, p.12738, jan./mar. 2010.

BOCK, A. M. B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

BRASIL. **LEI N. 4.119, DE 27 DE AGOSTO DE 1962**. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogos. Brasília- DF 1962. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=LEI&numero=4119&ano=1962&ato=72eE-zY61kMVRVT56e> . Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **PARECER nº 403 de 19 DE DEZEMBRO DE 1962**. Disponível em: <http://abepsi.org.br/wp-content/uploads/2011/07/1962-parecern403de19621.pdf> Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Declaração de Alma - ATA sobre cuidados primários. Brasília (DF). 1978. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta de Ottawa Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, Brasília (DF). 1988.

BRASIL. **LEI N. 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF), 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm acesso em 09/09/2021.

BRASIL. **LEI N. 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília (DF), 1990.

BRASIL. PORTARIA N. 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992. Normatiza o atendimento em Saúde Mental na rede SUS. Recuperado em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=7536 Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **RESOLUÇÃO N. 33, DE 23 DE DEZEMBRO DE 1992.** Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília (DF).

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO N. 287, DE 8 DE OUTUBRO DE 1998.** Dispõe sobre as categorias profissionais para compor o Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N. 106, DE 11 DE FEVEREIRO DE 2000.** Dispõe sobre caracterização, organização e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos. Brasília (DF). 2000. Disponível em: https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/106_0.pdf Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **LEI N. 10.216, DE 6 ABRIL DE 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília (DF), 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N. 251, DE 31 DE JANEIRO DE 2002.** Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Brasília (DF). 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PORTARIA N. 336, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002**. Brasília (DF), 2002. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **DECRETO N. 4.345, DE 26 DE AGOSTO DE 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília (DF). 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **LEI N. 10.708, DE 31 DE JULHO DE 2003**. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília (DF), 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.708.htm. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de humanização do SUS**. Brasília (DF). 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **RESOLUÇÃO Nº 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília (DF), 2003. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf Acesso em: 30 de junho de 2022

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N. 1.608, DE 3 DE AGOSTO DE 2004**. Constitui Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília(DF). 2004.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Pragmáticas Estratégicas. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília (DF). 2004a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/120.pdf> Acesso em 30 de junho de 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**: pólos de educação permanente em saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf Acesso em 30 de junho de 2022.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde – conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 2. ed.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O Humaniza SUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 40 p. : il. color. (Série B. Textos Básicos de Saúde) http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf Acesso em: 30 de junho de 2022.

BRASIL, SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010.** Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_final_IVcnsmi_cns.pdf Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. **PROTOCOLO N. 08/2011.** Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF) 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA GM/MS N. 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011.** Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF). 2011.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N. 854, DE 22 DE AGOSTO DE 2012.** Altera Tabela de Procedimentos dos Centros de Atenção Psicossocial - RAAS. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt0854_22_08_2012.html Acesso em: 30 de junho de 2022

BRASIL. **EMENDA CONSTITUCIONAL N. 95, DE 15 DE DEZEMBRO DE 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília (DF), 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA N. 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017**. Altera as Portarias de Consolidação n. 3 e n. 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017.

BRASIL, MINISTÉRIO DA CIDADANIA. **PORTARIA MC N, 582, DE 8 DE JANEIRO DE 2021**. Estabelece normas e procedimentos administrativos para a comprovação da prestação de serviços de acolhimento residencial transitório, prestados pelas Comunidades Terapêuticas (CTs) contratadas no âmbito do Ministério da Cidadania (MC), por meio da Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas (SENAPRED). Brasília (DF), 2021.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.

CAMPOS, G. W. S; Domitti, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde, Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública** [online], 2007, v. 23. Disponível em :<https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf> Acesso em 30 de junho de 2022.

CARVALHO S. R.; CUNHA G. T. A gestão da atenção na Saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. **Tratado de saúde Coletiva** \ Gastão Wagner de S. *et al.*, 2007.

CASTEL, R. A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978. CECCIM, R. B. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. v. 9, n.16, p.161-177, set/2004-fev/2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Notas cartográficas sobre a escuta e a escrita: contribuição à educação das práticas de saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (orgs.) **Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Cepesc/Abrasco, 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *In*: **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, set-out, 2004.

CHIAVERINE. D. H. (org.) *et al.*: **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília (DF) Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop. Atuação dos Psicólogos no CAPS. **Relatório Descritivo Preliminar de Pesquisa**, Brasília, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop. Centro de Estudos de Administração Pública e Governo da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas - CEAG/FGV. **Documento Relatório preliminar de análise qualitativa dos dados da pesquisa sobre a atuação das(os) psicólogas(as) no CAPS**, São Paulo, 2008[1].

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da Inspeção em Comunidades Terapêuticas**. Brasília: CFP 2017. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/> Acesso em 30 de junho de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. XIII Plenário do Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica- psicologia-1.pdf> Acesso em: 20 set. 2019.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.; YASUI, S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. *In*: AMARANTE, P. (coord). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 1**. Rio de Janeiro: EdNau,2003. p. 13 a 44.

CUNHA, M.C.P. **O espelho do Mundo**: Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1986.

DELGADO, P. G. G. **As Razões da Tutela**. Rio de Janeiro: Ed. Te Corá, 1992.

DELL' ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. *In*: DELGADO, J. A **loucura na sala de jantar**. São Paulo: Editora Resenha,1991.

DIEESE & Conselho Federal de Psicologia (CFP). **Relatório final**: Levantamento de informações sobre a inserção dos psicólogos no mercado de trabalho brasileiro. São Paulo: DIEESE, 2016.

DIMENSTEIN, M. *et al*. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, 2009.

DIMENSTEIN, M. D. B. O psicólogo em Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, 1988.

EFFERTZ, C. V. P. da G. **Políticas Públicas e Saúde Mental**: análise da percepção dos cidadãos (Dissertação de Mestrado) – Universidade de Lisboa (Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas), Lisboa/Portugal, 2019. Disponível em: https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/18185/1/DISSERTA%c3%87%c3%83O_CATIA_EFFERTZ_16JUN%2719_VF.pdf Acesso em: 02 out. 2019.

FOUCAULT M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

FRANCO, T.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 1999, v. 15, n. 2.

FURTADO J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Cienc. Saúde Coletiva** v. 6, n. 1, p. 165-82, 2001. DOI: 10.1590/S1413-81232001000100014

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Tradução de Dante Moreira Leite. 7. ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.

GUIMARÃES, T. de A. A.; ROSA, L. C. dos S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão** - ano XXII, n. 44 - Maio a Ago/2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf Acesso em: 30 de junho de 2022

LIBERATO, M. T. C. **A dimensão sociocultural da Reforma Psiquiátrica**: articulando redes para a consolidação da estratégia de psicossocial, Natal (RN), 2011.

LOBOSQUE, A. M. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

MACEDO, J. P., DIMENSTEIN, M. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a Reforma Psiquiátrica? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. XII, n. 1-2, p. 419 - 456 - mar/jun 2012.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre o Processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v. 4, n. 10, p. 201-213, 2012.

MENEZES, M. G. B.; FARIA, E. L. de. **Uma Análise das Políticas Públicas em Saúde Mental**: um olhar sobre os avanços e desafios, 2016.

<https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/synthesis/article/view/147> Acesso em: 30 de junho de 2022.

MERHY, E. E. Os CAPS e seus trabalhadores no olho do furacão antimanicomial: alegria e alívio como dispositivos analisadores. *In*: AMARAL, H.; MERHY, E. E. orgs.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; p. 55-66, 2007.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulg. saúde debate**, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MIGUEL, S. R. P. D. S. (2017). Determinantes sociais da mortalidade por suicídio no município de Porto Alegre de 2001 a 2016.

MUHL, C. **A atuação do psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial: um estudo fenomenológico na Regional de Saúde do litoral do Paraná** / Camila Mühl, Curitiba, 2015.

NASI, C. *et al.* Conceito de integralidade na atenção em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica, **REME-Rev. Min. Enferm**; v. 13, n. 1, p. 147-152, Jan/Mar, 2009, Disponível em: <http://reme.org.br/artigo/detalhes/174> Acesso em: 20 abr. 2021.

OLIVEIRA, W. F. **Desinstitucionalização**. Texto didático. Florianópolis: GPPS/UFSC, 2020. 04p. Disponível em: <https://gpps.paginas.ufsc.br/files/2020/08/DESINSTITUCIONALIZA%C3%87%C3%83O-GPPS.pdf> Acesso em: 30 de junho de 2022.

ONOCKO-CAMPOS, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

ONOCKO-CAMPOS, R.; MIRANDA, L. Análise das equipes de referência em saúde mental: uma perspectiva de gestão da clínica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 1153-1162, jun. 2010.

PASSOS, E. O CAPS como matriz das ações psicossociais no território. *In: ENCONTRO DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: O CUIDADO EM SUA DIMENSÃO ÉTICA, CLÍNICA E POLÍTICA*, III, 2004. Mesa Redonda. UERJ – Rio de Janeiro, 2004.

PELBART, P. P. **A Nau do Tempo Rei**: sete ensaios sobre o tempo da loucura. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. Tradução de Marco Aurélio Fernandes Velloso e Maria Stela Gonçalves. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

PITTA, A. M. F. (org.). Reabilitação psicossocial no Brasil. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam**, n. 7, v. 2, p. 43-47, 1996. São Paulo: Hucitec Editora. <https://doi.org/10.1590/1415-47142004002005>

RIBEIRO, L. A.; MARIN, L. L.; DE REZENDE SILVA, M. T. Atividades grupais em saúde mental. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 28, n. 3, 2014.

SAKAGUCHI, D. S.; MARCOLAN, J. F. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 4, p. 476-481, 2016.

SAMPAIO, J. J. C. *et al.* O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, 2011.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Entre o enclausuramento e a desinstitucionalização: a trajetória da saúde mental no Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021, e00313145. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00313.

SANTIAGO, E.; Yasui, S.. Saúde mental e economia solidária: cartografias do seu discurso político. **Psicol. Soc.**, v. 27, n. 3, 2015. <https://doi.org/10.1590/1807-03102015v27n3p700>

SARACENO B. **Libertando identidades**: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SCAFUTO, J. C. B.; SARACENO, B.; DELGADO, P. G. G. Formação e educação permanente em saúde mental na perspectiva da desinstitucionalização (2003-2015). **Com. Ciências Saúde**; v. 28, n. 3 e 4, p. 350-358, 2017.

SCARPARO, H. B. K.; TORRES, S.; ECKER, D. D. Psicologia e ditadura civil-militar: reflexões sobre práticas psicológicas frente às violências de estado. **Revista EPOS**, v. 5, n. 1, p. 57-78, 2014.

SILVA, A. C.; BOTTI, N. C. L. Comportamento autolesivo ao longo do ciclo vital: revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 18, p. 67-76, dez. 2017. Disponível em

SILVA, E. K. B.; ROSA, L. C. S. Desinstitucionalização psiquiátrica no Brasil: Riscos de desresponsabilização do Estado? [Versão eletrônica]. **Revista Katálysis**, v. 17, n. 2, p. 252-260, 2014.

SILVA, S. S. D., & Nunes, J. R. (2021). (Des) Institucionalización: teorías y prácticas de los profesionales del RAPS. **Revista Psicología e Saúde**, 13(3), 19-34.

TAVARES, R. C. **Eu já perdi muita coisa, minha família principalmente**: um estudo psicossocial sobre duas políticas de desinstitucionalização do adolescente. 2014. 277 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2014.

VASCONCELOS, E. M. *et al.* **Manual de ajuda e suporte mútuo em saúde mental**. Rio de Janeiro: Projeto Transversões (Escola de Serviço Social da UFRJ), 2011a.

VASCONCELOS, M. G. F.; JORGE, M. S. B.; CATRIB, A. M. F.; BEZERRA, I. C.; FRANCO, T. B. Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. **Comunicação, Saúde, Educação**; v. 20, n. 57, p. 313-23, 2016

VIEIRA-SANTOS, J. Impacto das diretrizes curriculares nacionais na formação em psicologia: revisão de literatura. **Psicologia, Ensino & Formação**. Associação Brasileira de Ensino de Psicologia, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 34-52, ago./dez. 2016. ISSN 2179-5800. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612016000200004. Acesso em: jan. 2020.

VYGOTSKI, L. S. **Psicologia pedagógica**. Trad. Paulo Bezerra. 3. ed. São Paulo: WMF, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing suicide**: a global imperative. Geneva, World Health Organization, 2014. 92p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>. Acesso em: 30 de junho de 2022.

YASUÍ, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. Rio de Janeiro, 2006.

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

- 2011** Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (Suas) Informações para Gestoras e Gestores.
- 2013** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social (CREAS).
- 2013** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Programas de Atenção a Mulheres em Situação de Violência.
- 2013** Como a Psicologia Pode Contribuir para o Avanço do SUS: Orientações para Gestores.
- 2017** Relações Raciais Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os).
- 2018** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra (Edição Revisada).

- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) nos Programas e Serviços de IST/HIV/aids.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada).
- 2019** Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação da(o) Psicóloga(o) (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Esporte.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos (os) em Serviços Hospitalares do SUS.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) na Atenção Básica à Saúde.
- 2020** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

- 2020** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública.
- 2020** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/HIV/aids (Edição Revisada).
- 2021** Referência Técnica para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres.
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS.
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas.
- 2022** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas.

Conheça as publicações do CREPOP

ISBN 978-65-89369-15-8



9 786589 369158



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

PSICO
LOGIA

60
ANOS

CREPOP
Centro de Estudos, Pesquisas e Avaliações em Psicologia

CREPOP
15
ANOS

