

O processo de trabalho no município de Santa Catarina: tecendo o olhar para desinstitucionalização?

The work process in the municipality of Santa Catarina: weaving a view towards deinstitutionalization?

Jéssica Oliveira de Almeida

Psicóloga Graduada do Curso de Psicologia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI).

Carlos Eduardo Máximo

Psicólogo, Doutor em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina, orientador do presente artigo de conclusão do curso de psicologia da UNIVALI.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que visa discutir se o processo de trabalho nos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico está se efetivando em ações coerentes com os princípios da reforma psiquiátrica. Através de perguntas norteadoras de uma entrevista semi-estruturada, debruçou-se sobre o processo de trabalho e sua relação com a desinstitucionalização com sete profissionais nas três modalidades de Centro de Atenção Psicossocial existente (CAPS I, II e AD) de um município de Santa Catarina. Os relatos foram analisados por conjunto de sentidos e os resultados demonstraram que a maioria dos profissionais não conhecem as propostas da desinstitucionalização, ou não distinguem de desospitalização. Os que conhecem encontram dificuldades em aplicar na sua prática cotidiana. Considera-se que apesar da portaria dos CAPS ser muito clara no que tange a implementação de um serviço substitutivo, não são realizadas ações de desinstitucionalização voltadas aos usuários, tampouco em relação aos profissionais para que construam uma prática criativa como demanda este campo. Parte dos profissionais percebe que estão reproduzindo o modelo manicomial e isso indica que a desinstitucionalização nos CAPS pode ser construída e significar um avanço nas práticas não só no âmbito da saúde mental, mas nos parâmetros da cultura no sentido antropológico.

Palavras-chave: Processo de trabalho; desinstitucionalização; reforma psiquiátrica.

Abstract

It is a qualitative research, which aims to discuss whether the work process in services substituting the psychiatric model is being carried out in actions consistent with the principles of psychiatric reform. Through guiding questions of a semi-structured interview, he looked at the work process and its relationship with the deinstitutionalization with seven professionals in the three types of existing Psychosocial Care Center (CAPS I, II and AD) of a municipality in Santa Catarina. The reports were analyzed by a set of meanings and the results showed that most professionals do not know the proposals for deinstitutionalization, or do not distinguish them

from dehospitalization, with the culture of the asylum model being predominant. Those in the know find it difficult to apply in their daily practice. It is considered that although the CAPS ordinance is very clear regarding the implementation of a substitute service, deinstitutionalization actions aimed at users are not carried out, nor in relation to professionals to build a creative practice as demanded in this field. Part of the professionals perceives that they are reproducing the asylum model and this indicates that the deinstitutionalization in the CAPS can be built and mean an advance in the practices not only in the scope of mental health, but in the parameters of culture in the anthropological sense.

"Tal é a pior loucura do homem: não reconhece a miséria em que está encerrado, a fraqueza que o impede de aproximar-se do verdadeiro e do bom; não saber que parte da loucura é a sua"^{1:39}.

Introdução

Para que seja possível discutir sobre desinstitucionalização é fundamental situar como ocorreu o processo de institucionalização da vida, aqui com maior ênfase, da loucura. Foucault² define Instituição como "comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo é a instituição"^{2:140}.

Goffman³ contribui com esta definição quando afirma que toda instituição tem uma tendência ao fechamento. Para o autor, o que simboliza o fechamento total é a barreira em relação social: os muros, arame farpado. Entre os argumentos para sua criação destaca: a necessidade de

cuidar de pessoas inofensivas, daquelas que não são capazes de cuidar de si e ameaçam a comunidade de forma não intencional; os sanatórios que protegem de doenças contagiosas ou "doentes mentais"; as que são construídas para proteger a comunidade de perigos intencionais; as que visam realizar alguma tarefa de trabalho: quartéis, escolas; e, as que visam fornecer refúgio do mundo, ou de instrução religiosa, como os conventos. Em síntese, instituições totais são locais onde um grande número de indivíduos leva uma vida fechada em que todos os aspectos da vida são realizados: alimentação, lazer, e etc., são fortemente administradas, o que leva a mortificação do eu.

Essa definição é importante para compreender o cenário das práticas atuais da sociedade contemporânea, uma vez que os modos de realização da vida permanecem sendo construídos, e, através da cultura, das redes da história, reproduzidos com base nas medidas de controle sobre o corpo individual e coletivo promovido pelas diferentes instituições.

O processo de institucionalização da loucura como meio de exclusão começou a ocorrer na Europa durante idade média através do modo de internação idêntico ao dos leprosários. No entanto, desde a renascença existia o lugar da detenção reservada aos “insanos”, onde não havia nenhum tipo de tratamento, mas eram jogados na prisão, bem como eram destinadas práticas de magia e purificação¹.

É importante destacar que os loucos eram considerados responsáveis pelo seu estado. Os métodos para cura até então era o castigo, privação alimentar, humilhações e controle sobre todos os aspectos da vida, o que infantiliza os sujeitos. O asilo de Pinel era o lugar onde se cumpria a legislação de sínteses morais, apagavam as alienações que nascem nos limites exteriores da sociedade: a desobediência por fanatismo religioso, resistência ao trabalho e roubo. São os três atentados contra a sociedade burguesa, contra seus valores essenciais que não são perdoáveis nem mesmo diante da loucura: é condenada a prisão pela resistência à uniformização moral e social! Para tanto, a terapêutica do sec. XVIII tentava persuadir o

louco a prisão, o isolamento e a solidão substituemas correntes¹.

Esses breves recortes históricos sobre como se tratava a loucura, visa construir um olhar para a forma como as mudanças ocorriam mediadas pela instituição religiosa, ou, pelo que os médicos consideravam fazer ciência. Cabendo agora um debruçar mais profundo na compreensão de como os saberes, os sujeitos e o domínio dos objetos, dos corpos são construídos na trama histórica. Pois é através da reflexão de tais práticas que é possível repensá-la.

No livro a microfísica do poder, Foucault² faz uma análise sobre os mecanismos de ação das instituições em relação às constituições individuais e coletivas. Destaca que apesar do que é mais comum e socialmente aceito, o poder não é apenas repressão, que ele também produz desejo. Bem como o poder se estabelece de forma complexa e incontrolável, pois está em todo o corpo social (micro poderes) e através de suas relações se recriando.

O autor supracitado mostra que os discursos de verdade, ou seja, os meios em que os intelectuais se formam (laboratórios, e exigências políticas a que se submete) ainda que seja fruto de embates políticos, estão ligadas às funções gerais do dispositivo de verdade capitalista e está submetida a um constante interesse econômico e político. Todos os tipos de profissões são convocadas a exercer funções policiais: médicos, professores, psiquiatras e isso reforça todo o tipo de reclusão.

Importante ressaltar também o poder de individualização que usa o exame como instrumento fundamental, pois “é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo”^{2:62}. Desde o fim do sec. XVIII e início do sec. XIX o primeiro objeto de dominação do sistema foi o corpo enquanto força de produção e de trabalho, tomando o tempo de vida! O poder não opera apenas pela consciência ou tecnologia, mas opera no biológico, no somático: “o corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”^{2:47}.

A burguesia (para sua segurança política e sanitária) pretendia o controle da cidade e começa a medicalizá-la fazendo uso de ciências extra-médicas, como exemplo a química. Trata-se de salubridade, não de saúde. Inclusive as primeiras conformações do hospital eram de morredouros, locais onde os pobres (doentes, loucos, devassos, prostitutas) eram mandados para ter o último sacramento².

Ora, se os ancestrais Brasileiros, os índios, foram submetidos à violência da catequização europeia e permanecem até hoje por eles colonizados: explorados através da dependência do seu sistema econômico, das arcaicas instituições cartesianas de ensino, das infinitas capturas de desejo por eles intencionalmente planejadas... Como o Brasil construiu a ideia e forma de se relacionar com a “loucura”?

E o Brasil colonizado? Reforma sanitária e o olhar para desinstitucionalização.

O modelo de cuidado ofertado no Brasil para as pessoas com sofrimento psíquico agudo, não é em nada diferente dos recortes históricos anteriormente destacados. Conforme apontado por Yasui e Amarante⁴ os loucos tinham como destino o tratamento nos hospícios, locais distantes dos núcleos urbanos cujo objetivo é a exclusão dos indivíduos. A loucura era sempre relacionada a periculosidade, mas, que tinha uma íntima relação como processos político-econômicos da sociedade. Uma vez que eles não se adaptavam ou se mostravam resistentes à ordem social, não poderia nela viver.

Em suma, foi através das constantes críticas à ineficácia do método hospitalocêntrico, denunciados através dos altos índices de cronificação dos indivíduos e a constatação que internação tinha um efeito antiterapêutico, bem como através da denúncia dos familiares e médicos dos diferentes tipos de violência sofrida pelos pacientes é que foi possível para o Brasil começar a repensar o modelo de cuidado até então ofertado⁵.

Uma das principais influências para o movimento de reformulação do modelo manicomial brasileiro, foi a reforma psiquiátrica italiana comandada por Franco Basaglia, que dedicou parte da sua vida a desinstitucionalização, caracterizada

principalmente pela desconstrução dos saberes e práticas da psiquiatria, do lugar de poder que se coloca em relação aos sujeitos, e, da ruptura com a relação objetual com o paciente; cabendo investir na invenção de novas realidades. Ademais, defendeu que o problema não era a doença, mas sim a relação historicamente estabelecida com ela que sempre esteve em posição de inferioridade: a exclusão e carência contratual que o paciente era submetido. Diante disso, coloca a necessidade dos psiquiatras abandonarem os seus papéis e se arriscar pessoalmente na tentativa de romper com o modelo cristalizado, sem esperar que seus atos fossem sancionados por lei⁶.

Propõe um movimento de rompimento com a realidade social vivida, uma vez que estava apoiada na autoridade e em regras que canalizam para uma modalidade de vida anônima, impessoal e conformista. Diante disso, sugeriu viver dialeticamente com as contradições da realidade como terapêutica, instigava aos demais profissionais a mostrar ao doente “o que é a doença e como tratou a sociedade, que o excluiu^{6:120}”. Para o autor é através da tomada de consciência da rejeição que o “doente mental” pode superar o estado de institucionalização a que foi forçado.

A premissa fundamental defendida por Basaglia e internalizada pelas políticas e leis brasileiras é a desospitalização e desmedicalização, em que ambos os conceitos não representam a desinstitucionalização da loucura, pois, como supracitado, além de superar os muros e a

tutela, a desinstitucionalização tem o sentido de transformar a forma de interagir com a pessoa que experencia o sofrimento. Portanto, a medicalização deixa de ser o principal instrumento para o cuidado e são incentivadas outras formas de cuidar, como a cooperação e a solidariedade, focando o cuidado na pessoa que está em sofrimento e assim inventar outros modos de tratar e de interagir com o social⁷. Através dessa ruptura, constrói-se um novo paradigma para abordagem dos problemas: a implicação subjetiva e sociocultural, inseridos no modelo substitutivo da clínica ampliada que propõe uma abordagem transdisciplinar⁵.

A Reforma Sanitária brasileira ocorreu juntamente com movimentos sociais populares e de trabalhadores que buscavam a democratização política e do Estado, e a consequente mudança no autoritarismo das políticas sociais, que até então eram impostas pelo regime militar. Como conquista do Movimento Sanitário que surgiu a partir desses movimentos, foi construído o SUS, a formação do movimento dos trabalhadores de saúde mental e da reforma psiquiátrica⁸.

Além da Lei de Paulo Delgado n. 10.216¹⁰, foram criadas importantes portarias: a de n.º 336/GM^{11;11} que regulamenta os serviços substitutivos inclusive no âmbito da sua complexidade; a portaria 3.088^{12;111} visa regulamentar a rede de atenção psicossocial (que inclui também os centros de convivência e cultura como instrumento terapêutico); e a portaria n.º 1.174¹³, que visa assegurar a

supervisão clínico institucional e objetiva garantir a formação permanente dos profissionais, o que reforça a Lei orgânica de saúde nº 8.080¹⁴ apontando a regulamentação da formação em saúde em todos os níveis de ensino.

Yasui e Amarante⁴ coloca que reforma psiquiátrica é um processo social complexo, pois envolve mudanças na dimensão jurídico-política, epistemológica, técnico-assistencial dos CAPS como uma estratégia de cuidado oposta ao modelo assistencial hegemônico, e, sociocultural pela necessidade de transformação no processo de formação de profissionais (que são os principais agentes responsáveis pela construção de um novo lugar social para a loucura nos diferentes territórios). Sendo fundamental que as conquistas institucionais sejam efetivas na prática.

Apesar disso, é importante destacar que Basaglia nega qualquer tipo de reformismo do modelo manicomial. Pelo contrário, refere que ao perceber que as instituições são funcionais para o sistema econômico e ligadas aos valores da classe dominante, que é necessário agir no interior da funcionalidade da instituição no próprio sistema⁶.

Em suma, uma vez que o regime da verdade não é só ideológico – pois formata as formas de realizar a vida – é necessário se desvincular das verdades hegemônicas: a ideia evolucionista, de buscas da origem (pureza, do retorno ao que era imediatamente, da ideia de perfeição), da

referência nosológica, de ciência ou ação neutra; não como forma de criar novas verdades absolutas e universais, mas, buscar desconstruir o poder da verdade hegemônico no lugar social econômico e cultural em que se encontram.

Aspectos Metodológicos

Este artigo faz parte do projeto de pesquisa nomeado: “processo de trabalho nos serviços substitutivos ao modelo Psiquiátrico e sua relação com a reforma psiquiátrica”. Contemplou as três^{IV} modalidades de CAPS existentes, enunciando as diferentes perspectivas dos trabalhadores haja vista possibilidade de contribuir com o campo. Fizeram parte da pesquisa sete profissionais do CAPS de um município do estado de Santa Catarina, de diferentes expertises, tais quais: dois psicólogos, dois técnicos de enfermagem, uma assistente social, uma recepcionista.

A pesquisa é de natureza qualitativa por entender que a psicologia tem como principal objetivo a ampla compreensão dos fenômenos pesquisados. E, para compreendê-lo em sua complexidade é necessário ir além dos elementos observáveis, conceber os processos envolvidos na construção teórica (a cultura, organização social, história e a subjetividade), pois visa garantir que a informação produzida ao longo do processo ganhe significado. Nesse sentido, o caráter interativo é fundamental para dar sentido às expressões dos sujeitos pesquisados, em que o pesquisador deve

ocupar um lugar ativo na produção do conhecimento, objetivando com isso facilitar a explicitação de ideias, reflexão e construção o conhecimento¹⁵.

Para coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada em que o pesquisador tem um papel atuante no processo de coleta e deve implicar a pessoa que fornece as informações. A interação entre entrevistador e entrevistado é fundamental – pois favorece a compreensão e explicação dos fenômenos sociais em sua totalidade¹⁶. Com aprovação do Comitê de Ética, o projeto foi apresentado para os profissionais de cada dispositivo que se disponibilizaram a participar, sendo a entrevista gravada para transcrição a posteriori.

Para a análise das entrevistas inicialmente foram feitas leituras exaustivas das transcrições e utilizou-se o Método de Interpretação de Sentidos¹⁷ pois permite obter uma visão de conjunto, apreender a particularidade do material e ter uma compreensão das significações de forma sistematizada. A partir da leitura, foram identificadas três pontos de maior regularidade destacados abaixo.

Discussão e análise dos resultados

Na pesquisa desenvolvida buscou-se situar o processo de trabalho nos serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico em relação aos enunciados da desinstitucionalização. O Município em questão possui como pontos de rede um Centro de Atenção Psicossocial Álcool

e outras Drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial tipo II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i).

No contato com os participantes da pesquisa, as questões que mais apareceram foram: à complexidade de trabalhar em um serviço de saúde mental e o sofrimento experienciado no processo de tentativas e frustrações, de modo que os participantes retratam mais as dificuldades que às possibilidades de enfrentamento e criação. A partir da forma como eles responderam e com o referencial teórico do Merhy¹⁸ e Basaglia⁶, foi possível construir as seguintes categorias de análise:

O processo de trabalho como efeito da institucionalização:

Merhy¹⁸ coloca que para se construir as novas conformações/ atos de saúde é necessário criar tecnologias que permitam que o ato de cuidar e operar a gestão do cuidado seja motivada a satisfação do profissional e do usuário do serviço. Para fazer essa análise, propõe uma caixa de ferramentas que irá diferenciar o trabalho morto, do trabalho vivo em ato:

O trabalho morto seria o trabalho baseado na lógica dos aparatos tecnológicos, no uso de tecnologias instrumentais materiais (duras) e leve-duras que são os saberes estruturados, o conhecimento teórico. O trabalho vivo é descrito como aquele que faz uso de tecnologias leves: o conhecimento, experiências, atitudes, compromisso e

responsabilidade e principalmente as relações. Com isso possibilita a escuta nos espaços intercessores, com o que surge no momento do encontro com o usuário, com sua necessidade de saúde. Isto exige a compreensão de que ambas as subjetividades (do profissional de saúde e usuário do serviço), estão se inter-relacionando e que no encontro se constitui um novo sujeito coletivo¹⁸.

Durante as entrevistas, nota-se o processo de trabalho com a lógica das práticas de saúde centrada nos profissionais. As principais decisões (do funcionamento do serviço) são tomadas entre eles em reuniões e muitas vezes de maneira bastante institucionalizada: a relação entre trabalhadores, usuários e familiares não são horizontais. A gestão do serviço é hierarquizada, expresso na entrevista da E5:

“É, uma série de burocracias que a gente tem que atender o tempo inteiro. Uma agenda de atividades muito fechadinha dentro do serviço” (...). “É priorizado pela gestão, por essa gestão é priorizado que o serviço funcione aqui dentro de forma redondinha, muitas vezes em detrimento do projeto terapêutico singular do usuário, né?”.

A partir dessa fala é possível refletir em relação ao efeito de um modo de organização muito semelhante ao hospitalar, com regras rígidas em seu *modus operandi*, apesar de não haver o trancamento. Quando as decisões da gestão estão acima da autonomia dos profissionais envolvidos no processo de cuidado, dificilmente ele conseguirá transformar a forma de interagir com a pessoa que experiencia o

sofrimento, porque a subjetividade do profissional também foi ceifada.

A produção do projeto terapêutico e das atividades que são desenvolvidas não constam com uma participação ativa dos usuários, tampouco dos familiares. Aparecem na figura do que opta de qual grupo vai participar:

“O projeto é construído às vezes já no momento do acolhimento, eu particularmente não gosto de construir o projeto no momento do acolhimento, não acho que seja um bom momento. Mas a ideia é sempre ser construído junto com o usuário, né? Com o usuário e não para o usuário. E ele envolve, sobretudo hoje, né? E não deveria ser assim, mas hoje a equipe do CAPS ela trata o projeto terapêutico singular muito como o cronograma de atividades do usuário na casa. Quais os grupos que ele vai participar, quais os dias que ele vai ficar, se vai ter almoço, se não vai ter almoço, se vai ter banho, se não vai ter banho” E5.

Os serviços de forma geral apresentam a proposta de ter as assembleias para usuários, trabalhadores e familiares; apenas não ocorre no CAPS i. Na descrição dessas práticas o discurso é de um exercício de protagonismo, no entanto, nas falas evidencia-se o lugar de passividade que o usuário ocupa: “eles tem a possibilidade de opinarem sobre como funciona o tratamento, como funciona o processo de trabalho” E5.

No entanto, é contrária a necessidade de realização das assembleias, pois usuários precisam ser incentivados a construir a modelagem que precisam do serviço, não

meramente expor as falhas e aguardarem algum resultado sobre as queixas. Nota-se que, apesar do usuário não levar uma vida fechada em que todos os aspectos da vida são realizados, como era no sanatório, o modelo de cuidado ainda é institucionalizante e hospitalocêntrico. Pois a tomada de decisão está centrada nos profissionais.

Em todos os serviços pesquisados ocorrem reuniões para a discussão dos casos atendidos em equipe multidisciplinar, no entanto, nem todos os profissionais do serviço estão incluídos. A fala de uma técnica que trabalha na recepção de um dos CAPS pesquisados chama a atenção: reflete que é considerada membro da equipe, mas, não é incluída nos processos formativos, o que segundo ela, gera dúvidas se está agindo de maneira correta.

“(...) eu não sei perante a equipe se eles acham que eu deveria fazer isso ou não, se isso é da minha competência fazer ou não. Eu acho que eu posso.. eu posso fazer por que eles dizem que recepção também faz parte da equipe (...) a recepção sempre vai tá meio que por último por que ela é sempre a última lá, ou a última da pirâmide, ou a primeira ou a mais baixa, mais lá no finalzinho. Lógico que a gente não vai na reunião da equipe, a gente, acho que a gente é sempre as últimas a saber das coisas” E7.

É importante considerar que a recepção é a real porta de entrada do serviço; é a profissional que vai receber todos os usuários, independente da condição clínica e motivação pela qual busca o serviço. Além da profissional demonstrar incertezas sobre a sua conduta (ponto

extremamente rico para ser debatido em uma reunião), expressa um sentido de inferioridade – fazendo analogia a uma pirâmide para afirmar que na prática, não é inserida em todo o processo de trabalho – apesar de na teoria, os demais profissionais afirmarem que está. Ser a última a “saber das coisas” é um tanto simbólico na vivência subjetiva desta profissional, considerando que é a primeira a receber os usuários.

O trecho semântico que segue destacado abaixo é fragmento do relato da mesma profissional sobre como realiza o atendimento do usuário que chega ao serviço e pode ser considerado um reflexo desse processo de exclusão, fragmentação dos saberes e incorporação da lógica médico-centrada que hierarquiza as relações de trabalho, típica do modelo hospitalocêntrico:

“Ou a família diz, “ah, eu quero internação porque isso aqui pra mim não dá certo, ou isso aqui eu sei que pra ele não dá certo!”. Tem gente que já vem com um pensamento que CAPS-AD não dá certo. Ai a gente já sabe que eles não vão querer fazer aqui aí então nem passa pelo acolhimento” E7.

Nesse último trecho ainda é possível refletir sobre um conhecimento que é fundamental a qualquer trabalhador de um serviço de saúde, o acolhimento. Uma vez que, ao discutir desinstitucionalização, o conceito de saúde não pode ser dissociado de processos complexos que o sujeito experiencia, dos princípios de autoridade e transformação de valores que baseiam a sociedade hierárquica⁶.

Ademais, o acolhimento como postura técnica necessita estabelecer-se como uma relação de aproximação com o mundo do usuário. Pautar-se de forma ética, o que se caracteriza pelo reconhecimento do usuário em sua diferença, de forma que ele se sinta incluído. É uma ferramenta fundamental para identificar situações de risco, a exemplo de experiências com angústia, apesar do usuário não demonstrar.

O vínculo contribui com a saúde, pois favorece a construção da confiança e compromisso do usuário com a equipe do serviço, além de reforçar a cultura de solidariedade. Por fim, o usuário ou seu familiar precisa ser orientado sobre outros serviços da rede para dar continuidade no seu processo de cuidado¹⁹. Vale destacar que cultura aqui está sendo considerada em seu sentido antropológico, que reconhece que todos os entes humanos têm. O cultivar algo:

“Vinda do verbo latino colere, na origem cultura significa o cultivo, o cuidado. Inicialmente, era o cultivo e o cuidado com a terra, donde agricultura, com as crianças, donde puericultura, e com os deuses e o sagrado, donde culto. Como cultivo, a cultura era concebida como uma ação que conduz à plena realização das potencialidades de alguma coisa ou de alguém; era fazer brotar, frutificar, florescer e cobrir de benefícios^{20:557}”.

No entanto, a cultura do modelo manicomial de atuação é predominante e isso se expressa na concepção de saúde e sujeito de grande parte dos profissionais. Há um predomínio do discurso da saúde como resultado de aspectos

biológicos observáveis, ou, quando o discurso não aparece dessa forma, mostra-se uma noção de sujeito individuada, como o responsável pelo seu estado:

“É aquela história do bem estar físico, mental, e também nisso tudo, nesse conceito que tem a organização mundial da saúde, eu coloco que é a pessoa se sentir bem... Esse é o meu conceito principal de saúde. Até mesmo tratar da saúde é um direito do paciente. Desde que ele seja lúcido para isso, esse é o meu conceito básico de saúde, é estar bem, e ele se sentir bem” E3.

A concepção de saúde explicitada pode ser considerada um reflexo do modelo médico hegemônico que está presente nas formações dos profissionais de saúde, que, na lógica biomédica e econômica do capitalismo, reduz o sujeito à doença e desconsidera o contexto que a insere²¹.

O sentido dado pelos trabalhadores no que se refere à concepção de sujeito reforça essa afirmativa, pois o compreendem em uma lógica meritocrática, de responsabilidade pelo estado em que se encontra, observado no seguinte trecho semântico:

“muitas vezes, muitos não querem realmente (...) não vão dizer com essas palavras, mas querem comida, banho, café, não necessariamente o tratamento. Alguns querem ganhos mais secundários e não o tratamento em si” E7.

O que exatamente pretende-se tratar nesse serviço? Teria o sentido de tratar a experiência de sofrimento como um fenômeno abstrato e

isolado da sociedade que o instala? Na hipótese de um humano buscar o serviço para tomar banho, com isso, ser minimamente bem tratado e aceito para circulação na cidade, não seria por si só, uma estratégia de autocuidado?

Como os profissionais são convocados a exercer funções policiais, é ele quem delibera quem vai ou não passar pelo acolhimento, ainda que, a busca ao serviço seja por si só um pedido de ajuda. É quem decide/diagnostica quem está lúcido ou não para receber o “tratamento da saúde”. Sendo que a ruptura com a relação objetual com o usuário, parte, primordialmente, de questionar o que é saúde – que indica compreender a necessidade de cuidado do usuário – querer “só a comida” é a demonstração de sanidade, caso este serviço em mais nada lhe encante.

Uma vez que as práticas de saúde devem ser pautadas na ampliação da socialização, nos graus de autonomia da vida diária, no enriquecimento da rede de compromisso dos seus moradores, e, que explore a cooperação dos diferentes saberes, percebe-se que há um predomínio do que Merhy¹⁸ considera como trabalho morto – carece de reflexão crítica. Além disso, a naturalização e culpabilização dos usuários que por vezes estão vivendo em um estado de mediocridade (desejando e vivendo com o mínimo de criação da vida) precisam ser rompidas para que aja a continuidade do seu autocuidado.

Neste sentido, é notória a necessidade de mudança nas relações que são estabelecidas

entre os profissionais, no seu processo de trabalho e nos atos de saúde propriamente dito com os usuários para que uma escuta e intervenção sensível possa acontecer. Caso contrário, mesmo com “portas abertas”, os usuários permanecerão sendo infantilizados (com todos os aspectos da vida sendo controlados por outrem), sem ter condições de transformarem a realidade em que se inserem.

Vozes dissonantes que podem contribuir com um processo de trabalho com o efeito da reforma:

Em relação ao processo de trabalho, uma questão que merece destaque é a ideia de vínculo como o diferencial do serviço que atuam. De fato, os espaços de escuta podem se tornar um potencializador das mudanças no processo de trabalho em um caminhar em prol da desinstitucionalização, como é expresso na fala de E5:

“o grande diferencial de um serviço de saúde mental é o vínculo, é a grande ferramenta é o vínculo. Quando você tem vínculo com o usuário você consegue trabalhar uma evolução nele no sentido da autonomia, do protagonismo, da qualidade de vida, de promover saúde assim, sabe?”

O que se encontra de dissonante do contexto anteriormente apresentado sobre o sentido da concepção de saúde, é a dimensão de saúde como qualidade de vida, relacionada ao acesso dos direitos sociais (moradia, renda, emprego), compreende que a sociedade contribui diretamente com o processo de sofrimento instalado no indivíduo:

“é uma construção social né? (...) Que é alicerçada numa construção de direitos que tem a ver com a garantia de trabalho, de família, de direitos... De cultura, educação, de políticas públicas, né? Uma ausência de doença, uma garantia de uma qualidade de vida espiritual, com direito a loucura, de olhar para a pessoa com integralidade né? Olhando ela com todas suas necessidades né? E individualidades também, suas peculiaridades, não deixa de ser... Olhando ela na sociedade e olhando ela na sua individualidade também.” E2.

“O direito a loucura” representa o rompimento com a mentalidade manicomial, pois está despida das tentativas de controle sobre o corpo individual e coletivo que é promovido pelas diferentes instituições. Ver-se o sentido do direito de ser/expressar/existir diferente, em que as contradições da sociedade (iniquidades) são vistas e inseridas numa prática não conformista. Considera necessidades enquanto palavra plural, como ela precisa ser.

Os sentidos semânticos anti-hegemônicos sobre a concepção de sujeito apontam para o olhar de forma integral, no que existe de singular, nas vulnerabilidades, determinantes sociais e biológicos (os sociais são caracterizados pela quebra dos vínculos familiares e de trabalho, enquanto que os biológicos estariam relacionados às doenças físicas, em outros casos incluem-se os transtornos mentais):

“É Olhar, eu olho, tento olhar, não, né, não sei se consigo, mas a eu pretendo olhar sempre é... o sujeito em sua forma integral, assim, né? O que há de, de singular no sujeito para além do meu

objetivo para com ele que é um tratamento específico no caso em saúde mental, né? Então quando, quando eu acolho alguém, quando eu tô em contato com alguém, quando tô referência terapêutica de alguém, eu procuro pensar esse projeto terapêutico de uma forma integral, né? De, de pensar quais são as vulnerabilidades que ele tem, que acarretam esse problema em saúde mental. Pensar em, em determinantes sociais, em determinantes psicológicos, em determinantes biológicos então eu acho que eu tento ter uma concepção biopsicossocial de um do sujeito assim, né? Mas, de uma forma mais ampla, de uma forma mais integral possível assim. Não sei se consigo, mas, eu tento. Olhar além da doença, né? No caso aqui é um serviço de saúde mental, para dependentes químicos, então, olhar além da dependência química, olhar além de um diagnóstico, né? Olhar o que há por traz do diagnóstico onde aparece o sujeito” E5.

Existe uma reflexão crítica presente nos discursos de alguns profissionais em relação à forma como o serviço em que trabalha atua:

“Quem questiona toda essa estrutura do CAPS sou eu, porque eu tenho pensado muito... Entrado assim em muitos questionamentos assim, como a gente se acomoda no nosso fazer do dia a dia, e não e não coloca em prática o que tá ali, que é pra fazer o que tá na rede, nós não estamos inventando nada de novo, é só pra colocar na prática o que tá na lei (...) E nós estamos voltando, nós estamos regredindo. Pela quantidade de usuários que nós atendemos aqui hoje... Esse CAPS só tem porta de entrada, nós não temos porta de saída entende? Só entra, nós não conseguimos evoluir na nossa saída sabe? Do CAPS (...) O nosso atendimento clínico atende o mesmo modelo que antigo entendeu? Que é o modelo de hospital (...) temos divergências políticas aqui dentro. Políticas quanto a pensamento político da política de saúde mental” E2.

O fato de existirem embates políticos, ou seja, visões diferentes e tensionamento através deles, aponta para a construção de um novo lugar social para a loucura nos diferentes territórios e isso se dá em ato, em que profissionais e usuários vivenciam dialeticamente as contradições da realidade como terapêuticas; enxergando não mais o que precisa ser higienizado/ retirado, mas, considerando as potencialidades que apresentam.

O fato de existirem essas vozes que se opõe ao que é hegemônico dentro do próprio serviço e que estão em conflito, indica que existe a possibilidade de construção de práticas desinstitucionalizantes, de transformação do contexto macro cultural em que se inserem atores dos serviços, na medida em que houver a ampliação das trocas, da possibilidade de formar parcerias com sujeitos que partilhem uma lógica condizente com os princípios da reforma psiquiátrica: do reconhecimento, acolhimento e respeito das limitações individuais em função do bem comum.

A reforma sanitária “é fundamentalmente um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na construção da polis, da esfera pública, dos bens comuns^{4:25}”. A tentativa de desconstrução do ideário sobre a loucura configura um processo político de transformação social, de conhecer, explorar e redescobrir que outros territórios e formas de troca humana são possíveis.

Conhecimento da política nacional de saúde mental: Contradição da institucionalização da desinstitucionalização em saúde mental (PNSM):

Ao serem incitados a falar sobre o que conhecem da PNSM, parte dos profissionais colocou de forma direta/ literal que não conheciam. Enquanto outros elencaram o conhecimento em relação às portarias do ministério da saúde que enfatizam o modelo de porta aberta, de caráter multidisciplinar, da necessidade de atuar no território, construção de um projeto terapêutico singular, bem como sobre a história da luta antimanicomial e atuais políticas públicas:

“a porta aberta, de que tem que trabalhar por turno, que tem que ser ofertado é alimentação pra quem tá em acompanhamento nesse serviço” E6.

A portaria 336/GM de 2002, determina que é atribuição do CAPS:

“coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território; atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial.”

No entanto, a tentativa de aproximação com a comunidade para compreender suas

necessidades e com isso pensar no fortalecimento de parcerias não aparece em nenhuma das entrevistas. Exceto no convite para os grupos de família, ou confraternizações que ocorre muitas vezes através de telefonemas. Apesar disso, em casos graves (descritos como pacientes que abandonam o acompanhamento, ou que apresentam piora no quadro clínico) são realizadas visitas domiciliares. Outras vezes as visitas ocorrem em função da obrigatoriedade, pois o serviço é convocado a dar pareceres judiciais a diferentes órgãos:

“foi preso, foi solto e tem uma determinação judicial de tratamento, né? Aí tem que fazer visita, ou tá em abandono, tem o relatório que tem que fazer (para o executivo), alguns casos é quando ele entra com uma solicitação no fórum, o usuário as vezes não tem acompanhamento com a gente, quer ficar em casa, tem indicação (..), casos acompanhados por outros serviços da rede e que também são encaminhados pela promotoria (...)”E6.

“O conselho tutelar, e grande parte disso é Juiz de infância, todas tem que ser respondido via ofício, e a gente tenta resgatar essa visita, mas em alguns casos não vai, não vai e pronto a gente responde isso judicialmente. Né?” E3.

Enquanto que a PNSM determina entre as diretrizes do trabalho do CAPS como responsável pelo desenvolvimento de atividades comunitárias para a integração dos usuários no seu território, os serviços pesquisados reproduzem um modelo clínico-centrado que responde a obrigações legais de tentativa de controle da vida pelas diferentes instituições: escola, conselho tutelar, família,

mercado de trabalho. Existem falas destoantes que refletem certa preocupação com isso, mas, reconhecem que acabam por reproduzir o modelo tradicional:

“Ta muito fechado entende, tem que se abrir pra território. (...) Porque a maioria dos profissionais trabalha aqui dentro, não trabalha para o território, faz um trabalho muito bonito, mas nesse modelo fechado. (...) E fica aqui trancada, atendendo, apagando fogo, e não capacita... E não ajudando o território dar conta” (...)E2.

Diferentes pontos de vista foram expressos como justificativas da falta do trabalho em rede, desde os que responsabilizam o sistema como determinante: citam falta de tempo, gestão municipal e falta de recursos humanos, outro que reconhece como um movimento pessoal de cada um:

“A ideia de entropia, “não é tudo e a gente vai resolver tudo”, é perigosa, né. Eu acho que a rede começa a se fazer na medida em que as necessidades vão surgindo (...) é em torno disso que vai se começar a pensar em rede porque, caso contrário, tecer rede vai ser uma coisa de construtor (riso). Eu acho que as pessoas vão ter que tecer rede, não? As pessoas que estão sendo atendidos e as pessoas que estão ali ocupando o local de escuta dos casos. Eu acho que é uma forma de caminhar, é um caminho (...) de contatos, de falas, de tentar ver o que é possível pro outro”E4.

Um quesito fundamental no desenvolvimento do trabalho com a lógica da desinstitucionalização é o compromisso ético-político, que corresponde em certa medida ao trecho semântico acima destacado. O conceito

de ética discutida aqui, se trata de um posicionamento de responsabilização do profissional com as demandas do seu trabalho e do encontro com o usuário, a ética da singularização^{5,7} enquanto que a política é uma condição inerente ao ser humano, pois os sujeitos expressam os seus desejos e não desejos, as intencionalidades (suas afirmações e a relação com o mundo) o que tensiona a luta no território em que vivem pela disputa dos objetos (sejam de mercadoria ou simbólicos), mas, que modifica a relação entre as pessoas²².

São notórios e quase hegemônicos os discursos que confundem desospitalização e desinstitucionalização:

“eu conheço bem as portarias, assim ó: o que tem que ofertar, como a gente tem que funcionar, né? O que, o que eu conheço um pouco menos é (...) como funciona a desinstitucionalização” E6.

“o usuário para ser um usuário de CAPS ele tem que fazer uso dos serviços, né? o uso do médico né? O serviço do médico, que seja só pra gente explicar a medicação, fazer tabela direitinho de manhã, a tarde e a noite, tem que fazer uso de terapia, e tem que fazer algum outro tipo de grupo” E1.

Nas falas, apresentam-se o lugar de cuidado como sinônimo de tutela, de medicalização psicofarmacológica e da centralidade do paradigma saúde como representação do acesso a terapêutica do médico, terapeuta ou de um grupo – simbolizando quem vai higienizar os comportamentos insanos – oposto ao sentido do acolhimento das subjetividades e da construção de um projeto singularizado.

Além disso, existe uma incoerência entre os dados da entrevista, uma vez que os profissionais que referiram não conhecer a PNSM, na descrição do seu processo de trabalho relataram construir o projeto terapêutico singular e realizar o acolhimento. Ademais, a função social no território de desmistificar a construção histórica em relação à loucura, não é evidenciada em nenhuma das falas, o que demonstra o desconhecimento das bases da PNSM.

Se os conceitos estão sendo reproduzidos de forma fragmentada, sem que seja construída a lógica da desinstitucionalização, será no mínimo difícil realizar no serviço práticas integralizadas, pelo simples fato de desconhecerem o contexto ideológico em que se insere o dispositivo para o qual trabalham. Neste sentido, é fundamental que os procedimentos a serem seguidos pelos profissionais sejam fruto de diálogo e reflexão entre a equipe, caso contrário o desenhar do projeto terapêutico, será encarado como mais uma das burocracias/ tarefas a serem realizadas, enquanto é uma ferramenta indispensável no acolhimento e cuidado com o usuário.

A ausência da construção dos norteadores para práticas desinstitucionalizantes entre os trabalhadores evidencia uma série de discursos do senso comum em relação aos objetivos dos procedimentos que realizam. É acentuada a visão medicalizante e assistencialista. O que aponta que a prática dos serviços é ambulatorial apesar de não ter o confinamento do hospital psiquiátrico em que os profissionais

acabam reforçando no território o modelo biomédico que se almeja combater.

Os estudos de Sônia Maluf²³ também realizados em Santa Catarina apontam uma crescente medicamentação (principalmente de antidepressivos) e patologização (uso de um vocabulário da racionalização médica para falar da experiência subjetiva com o sofrimento) na atenção básica, inclusive, entre as mulheres de classes populares e indígenas. Fato que é contraditório a PNSM que tem como uma de suas premissas substituir o uso de psicotrópicos²⁴.

Nota-se que a ausência da supervisão clínico-institucional, prevista pela portaria nº 1.174¹³, é um fator que contribui para a amplificação da institucionalização dos usuários e dos trabalhadores do CAPS. Por ser um dispositivo teórico prático que visa fortalecer as redes de saúde mental (qualificar os profissionais do serviço no aspecto da clínica, a gestão e produzir conhecimento) facilitaria a relação entre os poderes institucionais. Além de construir coletivamente projetos para os usuários, dar suporte a equipe e organização do serviço²⁵. Uma vez que grande parte dos profissionais teve a construção teórica das concepções hegemônicas de ensino.

Outro aspecto importante são os relatos de angústia e sofrimento que são quase hegemônicos quando se trata de responder a forma como sentem e percebem os resultados do trabalho: colocam que o sentimento de angústia e frustração é comum entre os trabalhadores. A

maioria tem dificuldade em falar sobre esse tema, e duas entrevistadas optam por não responder. Em ambos os casos justificam que a gestão da instituição e do próprio município contribui diretamente com o processo de frustração e sofrimento: em um dos casos houve o afastamento de seu cargo, e outro se ausenta de participar ativamente nas reuniões.

Nos casos em que os sentimentos de frustração não aparecem, dá lugar a insegurança: expressões como “eu acho E2” e “me dizem que E1”, demonstra que existe uma ausência no reconhecimento do trabalho realizado, atribuindo a outro profissional a confirmação dele. Os motivos atribuídos como geradores desse sofrimento variam desde um processo de naturalização dos profissionais como o trabalho de saúde mental em si ser o causador, até a sobrecarga de trabalho e as imposições da gestão sobre o desenvolvimento do seu trabalho.

Observa-se nos serviços a dificuldade dos profissionais romperem as barreiras sanitárias para firmar parcerias que extrapolem o dispositivo em que atuam. Ao mesmo tempo em que colocam a experiência com o sofrimento, destacam todos os limites institucionais, expresso na fala de E5:

(...) nós funcionários somos robôs que tem que trabalhar de oito da manhã às duas da tarde sem direito a nenhuma singularidade, nesse sentido. Nem mesmo a singularidades que visam à singularidade do usuário que eu atendo. Então como que eu que não tenho direito a exercer nenhuma singularidade dentro do serviço, vou

conseguir atender e construir um projeto terapêutico singular efetivo pro meu usuário, né? As cobranças nesse sentido, assim, não há possibilidade nenhuma de fugir do protocolo pra atender a singularidade do meu usuário. Fica difícil, é paradoxal é complexo. Eu não consigo entender muito bem (...) e isso me causa sofrimento. Porque eu sei que o meu usuário é singular e que ele tem necessidades singulares, eu tenho disponibilidade pra atender as necessidades deles, mas, o sistema não me permite ser singular.

É importante ressaltar que trabalhadores dos CAPS que se dispõem a executar ações de cuidado, também necessitam ser acolhidos, e como acima denunciado, tem direito a singularidade, a liberdade. Entretanto, é bem verdade que a institucionalização dos serviços através das leis, portarias e protocolos – provocam certa tensão (que é característico do trabalho em saúde mental) – tem de um lado a manifesta potência de liberdade, e de outro os instrumentos que almejam padronizar condutas, e acabam por tornarem-se formas de captura do trabalho vivo. E, o profissional de saúde, na sua condição humana, também precisa estar bem para acolher e cuidar do sofrimento do outro.

Guatarri e Rolink²⁶ em seu livro micropolítica cartografias de desejo, reflete sobre várias questões que estão intimamente ligadas a este processo de sofrimento que se instala nos corpos dos sujeitos, agora, destacando o dos profissionais. Afinal, pensar em desinstitucionalização, obriga-os a colocar-se de forma ética e política, ou seja, próxima/

peçoal com o trabalho que fazem. Sendo a engrenagem capitalista, muitas vezes (para não dizer sempre) perversa, levando ao confinamento dos fluxos de produção de vida. Pois, na lógica do sistema sobram-se crises, em que os sujeitos que conseguem escutar os ruídos e fugir da lógica de subjetividade serializada encontram constantes ameaças e desafios para conseguir sobreviver.

No entanto, um aspecto que é alertado pelos autores mencionados para ser evitado, é a atitude defensiva. Pois ao tentar criar territórios subjetivos e serem marginalizados, acaba por muitas vezes comprometer a própria sobrevivência ao começar a viver de forma dissonante com a própria consciência; sob o risco de serem confinados. A contribuição que os autores trazem, vem de encontro com a realidade de alguns profissionais dos serviços pesquisados, que, ao não conseguirem criar novas formas de singularidade no seu dia a dia de trabalho, não encontram outra opção, a não ser se omitir, “assistir atônitos ao demançamento dos seus corpos”^{26:35}.

Entretanto, a forma possível e viável de romper com este ciclo de violência praticado pelo capital, está exatamente na tentativa de encontrar aliados, o que os autores chamam de inconscientes protestantes. Nesta lógica, percebe-se que sair dos espaços sanitários que ocupam, ainda é, a melhor (para não dizer única alternativa) quando se pensa na produção do cuidado; agora não só do usuário, mas dos próprios profissionais. Afinal nos corpos deles

estão ficando as marcas de todas as limitações e impactos que sofrem com a angustiante e crescente demanda dentro dos serviços, sendo necessário investir em outros espaços que também compartilham esses desafios.

Por isso foi dado o destaque do vínculo como promotor de saúde, agora não mais como colocado pela E5 (em relação aos usuários), mas, em relação a eles enquanto profissionais que se proponham a agir de modo anti-hegemônico. Na ampliação desses vínculos é possível construir bases sólidas para as lutas que sejam comuns entre os diferentes profissionais e usuários dos serviços de saúde.

Na verdade, quando se pensa em práticas de saúde com o olhar da integralidade é exatamente disso que se trata: a reunião de diferentes atores que buscam minimamente ser bem tratados²⁷. Para construir práticas que visem garantir o direito a alteridade e a autonomia precisam promover um cidadão que não seja um mero cliente do estado, pelo contrário! Devem-se apontar as suas contradições, dar visibilidade a elas. Criar mais tensionamentos do que acomodações, num debruçar constante sobre quais formas são possíveis de encontro entre as necessidades dos trabalhadores, usuários e comunidade. Afinal, vale-se destacar que a rede cuidadora não se restringe aos serviços de saúde, deve buscar a articulação com outras propostas de sustentação econômica, redes de solidariedade, moradia e o que mais estiver disponível ou possível de ser desenvolvido no território em que ocorrem as práticas²¹.

Para os autores supracitados, isso significa adotar uma postura crítica em relação às normas rígidas da própria instituição, a todos os modelos fixos que reproduzam fluxos centralizados, pois estes modelos tradicionais de organização política do Brasil buscam diagnosticar a demanda através da ideia de "reais necessidades" que acabam sendo respondidas por critérios técnicos, em que os objetivos sejam quantificáveis. Mas, as necessidades não são naturais nem iguais, uma vez que desiguais são os saberes, os desejos, as práticas e os desafios do processo de trabalho em cada território, bem como a mesma lógica se aplica ao olhar para os usuários. A articulação das equipes e das diferentes expertises não se dá via formulários, ou telefonemas como ocorre em alguns serviços, mas sim através da discussão do seu processo de trabalho.

Considerações finais

A desinstitucionalização reconhece-se como um ideal, que acontece no momento presente de cada serviço, podendo se afastar ou aproximar mais do que é esperado, de acordo com as ações individuais e coletivas – que variam pelas potencialidades de trabalhadores envolvidos ética e politicamente com seu trabalho – também com as limitações próprias do ser humano e das engrenagens do sistema capitalista que o capturam constantemente. Entretanto, é um sistema que também produz sujeitos protestantes, vozes dissonantes que precisam se multiplicar em prol da almejada sociedade do bem viver.

Evidenciam-se fragmentações no conhecimento e as rupturas ideológicas presente nas práticas dos profissionais, que se traduz em limitadas intervenções no território, predominando a reprodução do modelo clínico-centrado diante dos usuários, além produzir um quadro de sofrimento na maior parte dos profissionais.

É marcante também no campo pesquisado, que os profissionais parecem não saber em quais processos precisariam estar envolvidos para a melhoria do serviço que trabalham. Sabe-se que ultrapassar as barreiras sanitárias não é uma tarefa que possa ser desempenhada exclusivamente pelos trabalhadores desses serviços especificamente. Mas, careceria moverem-se em direção a isto e ter claro o quanto essa questão é fundamental para atender a proposta de um CAPS.

Obviamente que não se trata de culpabilizar os profissionais, uma vez que a desinstitucionalização é de fato um processo complexo. Portanto é necessário mais investimentos para capacitação em tecnologias leves, de sensibilização e supervisão institucional – para que os profissionais tenham o suporte necessário – bem como possam contar com a gestão ao seu lado para desenvolver

os objetivos propostos em parceria com a família e demais atores sociais. Neste sentido, resgatar o olhar para a construção social da demanda, do que estão chamando de saúde é fundamental até para poder tencionar as contradições estatais que os impedem de romper com as barreiras sanitárias.

Reconhecem-se avanços e que a desinstitucionalização em saúde mental (da vida) que gera sérios limites e tensões, pois demanda uma constante reflexão e reformulação das práticas. O fato de alguns trabalhadores dos serviços pesquisados reconhecerem que estão distantes dos principais objetivos propostos da PNSM pode significar um caminhar para efetivá-los.

Por fim, algumas questões que podem ser aprofundadas em futuras pesquisas é investigar quais fatores estão relacionados às diferenças dos profissionais: formação acadêmica, implicação política ideológica, trajetória pessoal? A discussão não pode ser esgotada nesse artigo, há a possibilidade e necessidade de novas pesquisas e reflexões que possibilitem associar a temática aos processos formativos dos profissionais para um trabalho intersetorial e transdisciplinar, ou quem sabe, intercultural.

Referências

¹FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

²FOUCAULT, M. . **A microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

³GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

- ⁴YASUI, S.; AMARANTE, P. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. 2006. 208 f. Tese (Doutorado) - Curso de Ciências na área de Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4426/2/240.pdf>>. Último acesso em: 26 nov. 2015.
- ⁵COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-65.
- ⁶BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. 326 p.
- ⁷AMARANTE, P. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-63.
- ⁸VASCONCELOS, E.M. Dispositivos associativos de luta e empoderamento de usuários, Familiares e trabalhadores em saúde mental no brasil. **Vivência**, Rio de Janeiro, n. 32, p. 173-206, 2007.
- ⁹BRASIL. 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.
- ¹⁰BRASIL. Presidência da República. **Lei 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm. Último acesso: 08/06/2014.
- ¹¹BRASIL.Ministério da Saúde. **Portaria nº336/GM**, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-336.htm>. Último acesso em: 08/06/2014.
- ¹²BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria no 3.088**, de 23 de dezembro de 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Último acesso em: 26/11/2015.
- ¹³BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 1.174**, de 07 de julho de 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1174_07_07_2005_comp.html. Último acesso em: 26/11/2015.
- ¹⁴BRASIL. Presidência da República. **Lei orgânica de saúde nº 8.080**, de 19 de dezembro de 1990. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Último acesso em: 26/11/2015.
- ¹⁵GONZÁLEZ REY, F. L. **Pesquisa qualitativa em psicologia: Caminhos e desafios**. São Paulo, Pioneira Thomson Learning, 2005.
- ¹⁶TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1987.
- ¹⁷MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 17, p.621-626, 12 out. 2011.
- ¹⁸MERHY, E. E. **Saúde: cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.
- ¹⁹BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- ²⁰CHAUÍ, M.. **Cultura e democracia**. Cultura e democracia. Latinoamericana **de Ciências Sociais**, Buenos Aires, v.1, p 53-76, jun. 2008.
- ²¹PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda: direito a saúde trabalho em equipe e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 11-31.
- ²²SANTOS, M. **A natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção**. 4. ed. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2006. 260 p.
- ²³MALUF, S. W. **Gênero, subjetividade e saúde mental políticas públicas, ativismo e experiências sociais em torno de gênero e saúde mental**. Florianópolis: FAPESC, 2009. 55 p.
- ²⁴BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34)** Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- ²⁵FERIGATO, S.; DIAS, M. K. A supervisão clínico institucional: dispositivo teórico-prático para o fortalecimento das redes em saúde mental. In: DIAS, M. K. (Org.). **Dispositivos de atenção em saúde mental e seus desafios**. Natal: Edunp, 2013. p. 83-101.
- ²⁶ROLNIK, S.; GUATTARI, F. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- ²⁷PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção social da demanda**. Rio Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005. p. 5-7.

Submissão: 08/02/2019
Aceite: 24/09/2019