

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**  
**INSTITUTO DE SAÚDE**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva**

**Atenção à Crise em Saúde Mental:**  
**Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados**

**Marinês Santos de Oliveira**

**São Paulo**  
**2022**



**Atenção à Crise em Saúde Mental:  
Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados**

**Marinês Santos de Oliveira**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

São Paulo  
2022

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

**Atenção à Crise em Saúde Mental:  
Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados**

**Marinês Santos de Oliveira**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Tereza Etsuko da Costa Rosa

São Paulo  
2022

## FICHA CATALOGRÁFICA

Marinês Santos de Oliveira

Atenção à Crise em Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados/ Marinês Santos de Oliveira. São Paulo, 2022. 146p.

Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Área de concentração: Gestão e Práticas de Saúde

Orientador(a): Tereza Etsuko da Costa Rosa

1.Saúde Mental 2.Intervenção na crise 3.Sistema Único de Saúde

*Ao meu Amado Pai Mário Alves (in memoriam)*  
*Ao meu Querido Mestre Prof. Dr. Marcus Vinícius de Oliveira (in memoriam)*

*“A vida é assim: (...) O que ela quer da gente é coragem.”*  
*(Guimarães Rosa. Grande Sertão: Veredas)*

## AGRADECIMENTOS

Aos professores que tive. Em especial, à minha primeira professora, Celeste Caitano, que me ensinou a ler e escrever. À minha “última” professora, Tereza Costa Rosa, que me ensinou a (RE)ler e (RE)escrever. Ao Prof. Marcus Vinicius (*in memoriam*), que me ensinou a diplomacia como princípio fundamental das relações e me fez “*Aprendiz de Feiticeiro*” na complexa Clínica Psicossocial das Psicoses. Ao Instituto de Saúde, aos docentes, profissionais técnicos e colegas que estiveram comigo nessa jornada.

À minha família: Meu Maravilhoso Pai, Mário Alves (*in memoriam*), que trabalhou arduamente com a certeza de que proporcionar nosso acesso à educação era o único meio de mudar nossas vidas. À Minha Mãe, Inez Rosa, por todas as orações e cuidado. Ao Meu Irmão, Mailson Oliveira, que tem minha total admiração e amor, e à sua filhinha, a pequena Maria Sophia. Aos meus avós, Florentino (*in memoriam*), Maria Rosa (*in memoriam*) e Natália, respectivamente, fontes de saber, doçura e coragem. Aos meus tios e tias pelo cuidado, admiração e afeto.

À querida amiga Luciana Paz e sua Mãe Ana Paz que me ofertaram, nos dias mais difíceis da vida, amor e banho quente.

Aos amigos baianos e aos amigos paulistas que me ensinam cotidianamente a importância dos vínculos, das redes de apoio e dos abraços.

À Luciane Melo por ter feito minha inscrição nesse Mestrado, literalmente no último minuto, e ter acreditado que tudo daria certo.

Agradeço aos usuários e familiares que me ensinaram sobre a Clínica Psicossocial, em seus territórios de vida e em seus domicílios.

Agradeço a todos os meus gestores, colegas de trabalho e funcionários, que me ensinaram e ensinam cotidianamente sobre as negociações sutis da vida.

Ao SUS, Política Pública com a qual tanto me orgulho de trabalhar, construir e fortalecer.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABP</b>	Associação Brasileira de Psiquiatria
<b>ABRASCO</b>	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>AIH</b>	Autorização de Internação Hospitalar
<b>ALC</b>	América Latina e Caribe
<b>AT</b>	Acompanhamento Terapêutico
<b>BPA</b>	Boletim de Produção Ambulatorial
<b>BPA-C</b>	Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado
<b>BPA-I</b>	Boletim de Produção Ambulatorial Inicial
<b>CAPS</b>	Centro de Atenção Psicossocial
<b>CERSAM</b>	Centros de Referência em Saúde Mental
<b>CFP</b>	Conselho Federal de Psicologia
<b>CID</b>	Classificação Internacional de Doenças
<b>CJM</b>	Colônia Juliano Moreira
<b>CNES</b>	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
<b>CNMP</b>	Conselho Nacional do Ministério Público
<b>CONASP</b>	Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária
<b>CONASS</b>	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
<b>CPPII</b>	Centro Psiquiátrico Pedro II
<b>CRAS</b>	Centro de Referência de Assistência Social
<b>CREAS</b>	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
<b>CROSS</b>	Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>DATASUS</b>	Departamento de Informática do SUS/MS
<b>DINSAM</b>	Divisão Nacional de Saúde Mental
<b>EBMSP</b>	Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>EUA</b>	Estados Unidos da América
<b>FNS</b>	Fundo Nacional da Saúde
<b>HN</b>	Hospitalidade Noturna
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>INSS</b>	Instituto Nacional do Seguro Social

<b>IP</b>	Instituto de Psicologia
<b>LEV</b>	Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental
<b>MNPCT</b>	Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura
<b>MPT</b>	Ministério Público do Trabalho
<b>MTSM</b>	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
<b>NASF</b>	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
<b>NAPS</b>	Núcleo de Apoio Psicossocial
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana da Saúde
<b>PA</b>	Pronto Atendimento
<b>PACS</b>	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
<b>PADAC</b>	Programa de Atenção Domiciliar à Crise
<b>PFDC</b>	Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão
<b>PIC</b>	Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos
<b>PMAQ</b>	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
<b>OS</b>	Pronto-Socorro
<b>PSF</b>	Programa Saúde da Família
<b>PTS</b>	Projeto Terapêutico Singular
<b>PVC</b>	Programa de Volta pra Casa
<b>RAAS</b>	Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde
<b>RAPS</b>	Rede de Atenção Psicossocial
<b>RPB</b>	Reforma Psiquiátrica Brasileira
<b>RT</b>	Referência Técnica
<b>SAMU</b>	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
<b>SAI</b>	Sistema de Informação Ambulatorial
<b>SIGTAP</b>	Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde
<b>SRT</b>	Serviços Residenciais Terapêuticos
<b>SUAS</b>	Sistema Único de Assistência Social
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TDAH</b>	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
<b>TOD</b>	Transtorno Opositor Desafiador
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFBA</b>	Universidade Federal da Bahia
<b>UPA</b>	Unidade de Pronto Atendimento

## RESUMO

OLIVEIRA, MS. Atenção à Crise em Saúde Mental: Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Instituto de Saúde, Coordenadoria de Recursos Humanos, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2022.

**Introdução:** O tema da Atenção à Crise na Saúde Mental, entendendo aqui a crise, a partir da teoria relacional, como momentos de rupturas dos sujeitos, agudização de sintomas e comportamentos que provocam ressonâncias sociais, tem-se apresentado com conceitos complexos de serem operados no cotidiano dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e como desafio importante na consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). **Objetivo:** Promover uma reflexão teórica e técnica acerca da Atenção à Crise em Saúde Mental e das tecnologias de cuidado disponíveis no modelo psicossocial. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, com estudos narrativos, biográficos, de quatro itinerários de cuidado na assistência e na gestão em saúde mental, em distintos cenários do país: estagiária nos programas docentes-assistenciais PIC (Programa de Intensificação do Cuidado a Pacientes Psicóticos) e PADAC (Programa de Atenção Domiciliar à Crise), psicóloga da Saúde Mental na Atenção Básica no sertão baiano, Apoio Técnico em Saúde Mental e Coordenadora da Saúde Mental em cidades da Região Metropolitana de São Paulo. **Resultados:** Os itinerários descritos desvelam que a Clínica Psicossocial dispõe de tecnologias de cuidado sofisticadas e potentes na atenção à crise. As tecnologias que atuam na relação, como Intensificação de Cuidados, Manejos Vinculares, Alteridade, Posição Orientada, Atendimento Domiciliar, Filiação Social, Cuidado às Famílias, alinham-se com a proposta do modelo psicossocial e podem ser acionadas no cotidiano dos serviços substitutivos, no território, nas práticas comunitárias e no domicílio dos usuários. Em cidades marcadas pela insuficiência nas redes de serviços de saúde e pela falta de profissionais especializados, os processos e arranjos de trabalhos devem focar-se, além do domicílio, nos recursos disponíveis no território e na comunidade. As cidades metropolitanas que oferecem uma abundância de serviços de saúde para as situações de crise, especialmente os Hospitais Psiquiátricos, precisam dispor do enfrentamento ao modelo biomédico, que concentra a atenção à crise essencialmente no profissional médico e nas instituições, abdicando das práticas psicossociais. Em ambos os cenários, foi constatada a necessidade de investimento intenso nas equipes, de envolvimento do domicílio como *locus* de cuidado e como suporte para o fortalecimento das relações familiares e das redes sociais e da efetivação do cuidado em saúde mental na AB. No entanto, nem sempre o contexto é favorável à desconstrução do fluxo de direção única CAPS-PA-Hospital Psiquiátrico, que ocorre na maioria dos arranjos de atenção à crise. Esse cenário é típico e coloca em risco o projeto de Modelo Psicossocial e as bases de sustentação da Reforma Psiquiátrica. Nessa configuração, o principal desafio é suprimir do imaginário social a ideia da instituição fechada como *locus* único possível de intervenção na crise e a figura do médico e da psicofarmacologia como agentes do cuidado. O diferencial marcante desse arranjo de dispositivos diz respeito às decisões do coletivo (equipe, gestor da unidade, apoio técnico e coordenação) sobre as possibilidades terapêuticas e de intervenções ou cuidados imediatos nos momentos de crise de usuários. Para os resultados conquistados, de redução de 50% a 75% na ocupação de leitos do PA-P por meses seguidos, como os observados em um dos municípios, foram decisivos os grandes investimentos na ampliação da rede, as mudanças nos processos de trabalho, a intensificação de educação permanente, as supervisões clínico-institucionais, a ampliação de recursos humanos e o fortalecimento das relações intersetoriais. **Conclusão:** Apesar dos avanços

significativos, as práticas manicomiais persistem nos cotidianos dos serviços e das equipes, onde impera a busca da retaguarda hospitalar e dos cuidados exclusivamente médicos nos momentos da assistência à crise. O financiamento à RAPS não alcançou patamares suficientes para sua implantação e seu fortalecimento, sendo comum encontrar equipes escassas e exaustas, presas aos muros dos serviços, com agendas lotadas e modos cristalizados de trabalho na clínica da Saúde Mental. No entanto, observou-se, também, que o quantitativo de serviços não necessariamente se traduz em melhor Atenção à Crise. A efetividade da atenção à crise está relacionada com o estabelecimento de fluxos, com a interlocução positiva entre os serviços que compõem a RAPS, com as equipes atuando no território a partir dos recursos comunitários, da Atenção Domiciliar, do apoio às famílias, da intensificação de cuidado, entre outros. Tais práticas constituem-se em tecnologias de cuidado potentes e promotoras de atenção psicossocial, alinhadas aos princípios do SUS e da RPB, sobretudo nos momentos de maiores fragilidades psíquicas dos sujeitos e dos seus núcleos familiares.

**Descritores:** Saúde Mental; Atenção à Crise; Reforma Psiquiátrica; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

OLIVEIRA, MS. Attention to the Mental Health Crisis: Psychiatric Reform and Care Itineraries. [Masters dissertation]. São Paulo: Institute of Health, Human Resources Coordination, São Paulo State Health Secretariat, 2022.

**Introduction:** The theme of Attention to Crises in Mental Health, understanding the crisis here, from the relational theory, as moments of rupture of the subjects, exacerbation of symptoms and behaviors that provoke social resonances, has been presented with complex concepts to be operated in the routine of the services of the Psychosocial Care Network (RAPS) and as an important challenge in the consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform (BPR). **Objective:** To promote a theoretical and technical reflection about Attention to Crisis in Mental Health and the care technologies available in the psychosocial model. **Methods:** Qualitative research, with narrative, biographical studies, of four itineraries of care in assistance and management in mental health, in different scenarios in the country: intern in the teaching-assistance programs PIC (Program for Intensification of Care for Psychotic Patients) and PADAC (Crisis Home Care Program), Mental Health Psychologist in Primary Care in the backlands of Bahia, Technical Support in Mental Health and Mental Health Coordinator in cities in the Metropolitan Region of São Paulo. **Results:** The itineraries described reveal that the Psychosocial Clinic has sophisticated and powerful care technologies in crisis care. The technologies that work in the relationship, such as Intensification of Care, Linked Management, Alterity, Oriented Position, Home Care, Social Affiliation, Care for Families, are in line with the proposal of the psychosocial model and can be activated in the daily routine of substitutive services, in the territory, community practices and users' homes. In cities marked by insufficient health service networks and a lack of specialized professionals, processes and work arrangements must focus, in addition to the home, on the resources available in the territory and in the community. Metropolitan cities that offer an abundance of health services for crisis situations, especially Psychiatric Hospitals, need to be able to face the biomedical model, which focuses attention to the crisis essentially on the medical professional and institutions, abdicating psychosocial practices. In both scenarios, the need for intense investment in the teams was observed, involving the home as a locus of care and as a support for strengthening family relationships and social networks and the effectiveness of mental health care in AB. However, the context is not always favorable to the deconstruction of the CAPS-PA-Psychiatric Hospital one-way flow, which occurs in most crisis care arrangements. This scenario is typical and jeopardizes the Psychosocial Model project and the foundations of the Psychiatric Reform. In this configuration, the main challenge is to remove from the social imaginary the idea of the closed institution as the only possible locus of intervention in the crisis and the figure of the doctor and psychopharmacology as agents of care. The striking differential of this arrangement of devices concerns the decisions of the collective (team, unit manager, technical support and coordination) on therapeutic possibilities and interventions or immediate care in times of user crisis. For the achieved results, a reduction of 50% to 75% in the occupation of PA-P beds for consecutive months, as observed in one of the municipalities, the major investments in expanding the network, changes in work processes, the intensification of permanent education, clinical-institutional supervision, the expansion of human resources and the strengthening of intersectoral relations. **Conclusion:** Despite significant advances, asylum practices persist in the daily lives of services and teams, where the search for hospital support and exclusively medical care in times of crisis care prevails. Financing

for RAPS has not reached sufficient levels for its implementation and strengthening, and it is common to find scarce and exhausted teams, stuck to the walls of the services, with busy schedules and crystallized ways of working in the Mental Health clinic. However, it was also observed that the number of services does not necessarily translate into better Crisis Care. The effectiveness of crisis care is related to the establishment of flows, with the positive interlocution between the services that make up the RAPS, with the teams working in the territory based on community resources, Home Care, support for families, the intensification of care, among others. Such practices constitute powerful care technologies that promote psychosocial care, aligned with the principles of SUS and RPB, especially in times of greater psychic fragility of subjects and their families.

**Descriptors:** Mental Health; Attention to the Crisis; Psychiatric Reform; Health Unic System.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 -</b>	Crescimento dos hospitais no Brasil e população.....	31
	Componentes e respectivos pontos de atenção da Rede de Atenção	
<b>Figura 2 -</b>	Psicossocial (RAPS). Ministério da Saúde, 2011.....	40

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>CAPÍTULO 1 - OS MANICÔMIOS QUE HABITAM EM NÓS E A REFORMA PSQUIÁTRICA.....</b>	<b>23</b>
1.1 O Asilamento: os primórdios.....	23
1.2 Psiquiatria e Hospitalização.....	26
1.3 Psiquiatria e Desospitalização.....	27
1.4 Psiquiatria e Desinstitucionalização: a Reforma Democrática.....	30
1.5 Desinstitucionalização e Substitutividade.....	33
<b>CAPÍTULO 2 - AS “REFORMAS PSQUIÁTRICAS” NO BRASIL: DO LOUCO À VISIBILIZAÇÃO DO CIDADÃO.....</b>	<b>35</b>
2.1 A Reforma Psiquiátrica: os embates com o setor hospitalar e as violações dos direitos humanos.....	37
2.2 A Reforma Psiquiátrica: os primeiros passos para as políticas públicas.....	40
2.3 O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial): as ferramentas e os (des)caminhos.....	44
2.4 De volta ao CAPS: as apostas e os desafios adicionais.....	50
2.5 Atenção Básica na RAPS: (Im)possibilidades do cuidado em saúde mental.....	54
<b>CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>58</b>
3.1 Crise e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): produção de cuidados baseada em conceito relacional.....	58
3.2 Estratégias de manejo e desafios no atendimento à crise psíquica: contribuições para novas (velhas) tecnologias de cuidado.....	62
<b>CAPÍTULO 4 - A EXPERIÊNCIA COMO METODOLOGIA: NARRANDO CAMINHOS, COSTURANDO HISTÓRIAS.....</b>	<b>68</b>
<b>CAPÍTULO 5 - ITINERÁRIOS DE CUIDADOS: EXPERIÊNCIAS DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL.....</b>	<b>74</b>

5.1 Atenção Domiciliar como Tecnologia de Cuidado à Crise: Os itinerários percorridos no Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC) e no Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC).....	74
5.1.2 Clínica Psicossocial das Psicoses e Atenção à Crise: Teoria e Técnica nos domicílios soteropolitanos.....	77
5.1.3 Atenção à Crise ao “Sr. A”: operando conceitos no olho do furacão I.....	81
5.2 O Sertão Baiano e as Tecnologias de Cuidado Comunitárias.....	85
5.2.1 No Começo, Tudo Era Sertão.....	86
5.2.2 Arrematando as Tecnologias de Cuidado Psicossociais no Sertão Baiano.....	91
5.2.3 Atenção à Crise ao “Sr. X”: operando conceitos no olho do furacão II.....	94
5.3 A cidade grande e seus duros arranjos psicossociais.....	97
5.3.1 <i>Cidade I</i> (2015-2017).....	98
5.3.1.1 Atenção à Crise na Cidade Grande .....	102
5.3.2 <i>Cidade II</i> (2018 – atual).....	104
5.3.2.1 Atenção à Crise e Gestão: operando conceitos no olho do furacão III.....	106
5.3.2.2 Atenção à Crise e Gestão em Saúde Mental: entre a teoria, produção de cuidado e fluxos.....	108
5.3.2.3 Atenção à Crise e Gestão: operando conceitos no olho do furacão IV.....	114

**CAPÍTULO 6 - CONSIDERAÇÕES E APONTAMENTOS: POR FIM, O QUE NOS FAZ CONTINUAR A CAMINHAR OU CAMINHANDO.....** 118

6.1 Cuidado Psicossocial na Crise: o Papel da Territorialização.....	119
6.2 Cuidado Psicossocial na Crise: Atenção Domiciliar como uma Tecnologia de Cuidado nas Práticas de Territorialização.....	121
6.3 Atenção Básica e Saúde Mental: os desafios da superação do “especialismo” e da Cultura Médico-Hospitalocêntrica.....	126

**CAPÍTULO 7- ENTRE OS NÓS E OS LAÇOS: A TÍTULO DE CONCLUSÃO** 131

**REFERÊNCIAS.....** 135

## APRESENTAÇÃO

*“Prepare o seu coração  
Pras coisas que eu vou contar  
Eu venho lá do sertão  
Eu venho lá do sertão  
Eu venho lá do sertão  
E posso não lhe agradar”*

**“Disparada”, Geraldo Vandré / Theo de Barros**

A Reforma Psiquiátrica Brasileira, de caráter político, social e cultural, possibilitou um novo processo de assistência às pessoas com sofrimento psíquico. A partir da instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por serviços territoriais substitutivos às instituições manicomiais, e do Modelo de Atenção Psicossocial como Política Nacional de Saúde Mental, os sujeitos com sofrimentos psíquicos graves, outrora (e ainda) internados em Hospitais Psiquiátricos, passaram a ser inseridos na vida e no cotidiano de suas respectivas famílias e na sociedade, entretanto, de formas distintas no país.

Essa mudança no modelo de atenção em saúde mental promoveu avanços importantes para a RPB, ao mesmo tempo em que ocasionou desafios tanto para o núcleo familiar como para os técnicos da rede de serviços substitutivos, que precisaram incorporar ao cotidiano de trabalho novas tecnologias de cuidado e aportes teóricos da clínica psicossocial. Colocavam-se à prova ações que viabilizassem aos usuários com sofrimento psíquico (muitos com histórico crônico de institucionalização) o protagonismo, a autonomia, as contratualidades sociais e a cidadania. (SILVA, 2007).

A construção da Política Nacional de Saúde Mental se consolidava a partir da década de 2000, impulsionada, principalmente, pelos movimentos sociais, pela instauração das políticas públicas, fechamentos de leitos e/ou instituições psiquiátricas, implantação e habilitação de serviços que integravam as Estratégias de Desinstitucionalização e Atenção Psicossocial. (BRAGA-CAMPOS, 2000).

Nesse profícuo cenário nacional, em 2007, ainda estudante de Psicologia na Universidade Federal da Bahia, dou início ao meu itinerário no campo da Saúde Mental, na Atenção à Crise aos Psicóticos Graves, a partir da minha inserção enquanto estagiária no Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC). As tecnologias de cuidado psicossociais eram ofertadas no território de vida e no domicílio dessas pessoas, tais como vínculo, intensificação de cuidado, filiação social, contratualidade, resgate da cidadania, produção de autonomia e protagonismo. Essa primeira experiência despontou importante interesse conceitual e operativo/técnico quanto ao tema da crise no campo da Saúde Mental.

Inicialmente, a proposta desse Mestrado era interrogar os cuidados ofertados às famílias dos usuários com sofrimento psíquico pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Conforme descrito acima, com o advento da RPB, as famílias passaram a assumir os cuidados dos seus entes, entretanto, as propostas de apoio e suporte aos familiares nesse processo não se mostraram suficientes. A partir dessa questão, pretendia-se investigar, sob a ótica das famílias, a relação com o sofrimento psíquico e o serviço que atendia seus familiares (no caso presente, um CAPS), inferindo que este estudo poderia evidenciar as dificuldades e os obstáculos existentes e elucidar possibilidades de cuidado ao núcleo familiar.

A pandemia da COVID-19 interrompeu a produção deste trabalho depois de ter sido constatado alto índice de contágio na população brasileira, sobretudo mediante a imposição do isolamento social, sob rigorosas regras para gerenciar a circulação social. A metodologia implicava entrevistas nos domicílios dessas famílias e Grupo Focal com os trabalhadores, o que seria impensável realizar nesse cenário. Posteriormente, com possibilidades de retomada à pesquisa, fui atravessada por questões familiares importantes, que exigiram meu total afastamento do Mestrado.

Mas, recorrendo a GUIMARÃES ROSA (1956), em “Grandes Sertão: Veredas”: *“O correr da vida embrulha tudo, a vida é assim: esquentada e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem”* (p. 293).

Com a retomada do projeto de pesquisa, em julho de 2021, e as exigências de uma nova proposta de abordagem, o tema da crise suscitou um interesse de pesquisa das

experiências vivenciadas por mim enquanto estudante, psicóloga e gestora no campo da Saúde Mental. Nesse processo, foi possível constatar que, apesar do empenho de pesquisadores, profissionais e gestores de saúde mental em analisar e compreender a RPB e seus desdobramentos, o tema da crise tem conceitos complexos de se operar no cotidiano dos serviços psicossociais e segue sendo desafio para a consolidação da RPB.

A partir das experiências em assistência e gestão, este trabalho tem o propósito de promover uma reflexão teórica e técnica acerca da Atenção à Crise em Saúde Mental e das tecnologias de cuidado disponíveis no modelo psicossocial, a partir de estudos narrativos, biográficos, de quatro itinerários de cuidado enquanto: estudante de Psicologia, Psicóloga, Assessora Técnica em Saúde Mental e como Coordenadora de Saúde Mental. Itinerários, caminhos, cartografias e narrativas por Salvador-BA, pelo sertão baiano, pelo estado de São Paulo e suas grandes cidades. Cada território com seus arranjos possíveis, com dificuldades importantes, mas permeados de possibilidades para a Clínica Psicossocial.

Para tal propósito, esta dissertação dividiu-se em seis capítulos:

**Capítulo 1: Os manicômios que habitam em nós e a Reforma Psiquiátrica:** Tem como objetivo narrar a história da loucura e os modelos das reformas psiquiátricas em diversos países;

**Capítulo 2: As “REFORMAS PSIQUIÁTRICAS” no Brasil: do louco à visibilização do cidadão:** Descreve a história da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), os movimentos sociais, os embates com o setor hospitalar, as políticas públicas que garantiram a implantação e o funcionamento da RAPS e os CAPS, com suas ferramentas, apostas e desafios no campo psicossocial;

**Capítulo 3: Atenção à Crise em Saúde Mental:** Este capítulo tem como desafio apresentar conceitualmente o tema da crise, a partir da perspectiva relacional, abordando os desafios e as possibilidades da atenção à crise sob a luz das tecnologias de cuidado psicossociais.

**Capítulo 4: A experiência como Metodologia: narrando caminhos, costurando histórias:** Neste capítulo, a narrativa é descrita como importante metodologia em pesquisa qualitativa no campo da saúde coletiva, contribuindo para a construção e a solidez dos trabalhos de natureza autobiográfica

**Capítulo 5: Itinerários de cuidados: experiências da clínica psicossocial:** Serão apresentados detalhadamente cada itinerário, casos clínicos, ferramentas de gestão, desafios e possibilidades de atuação frente à atenção à crise.

**Capítulo 6: Considerações e apontamentos: por fim, o que nos faz continuar a caminhar ou caminhando:** Discussões teóricas pretendem fomentar o papel do território no cuidado à crise, apresentando a atenção domiciliar como ferramenta de trabalho em saúde mental potente e sofisticada. Ademais, o capítulo pretende suscitar o tema da Atenção Básica e a Cultura Médico-Hospitalocêntrica.

**Capítulo 7: Entre os nós e os laços: a título de conclusão:** Observações finais apresentam que, apesar de tantos avanços, ainda permanecem os desafios de operar tecnologias de cuidado psicossociais na atenção à crise psíquica e na implantação dos serviços da RAPS para consolidação do modelo de atenção psicossocial e das diretrizes da RPB.

O tema deste trabalho tem percurso, história e afeto. Não foi escolhido ao acaso. Alguns se foram ao longo desses itinerários, outros chegaram para somar e continuar a caminhada. Percorrer itinerários na Saúde Mental e sustentar os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica têm custo alto, exige disposição, mediações cotidianas, negociações sutis e lutas diárias, seja em uma cidadezinha do sertão baiano ou em uma grande cidade do estado de São Paulo, trabalhador da ponta ou coordenador de uma rede.

Como produto de pesquisa, que este trabalho – **ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL: Reforma Psiquiátrica e Itinerários de Cuidados** – suscite discussões e contribua para a literatura ainda incipiente sobre o tema.

## CAPÍTULO 1 – OS MANICÔMIOS QUE HABITAM EM NÓS E A REFORMA PSIQUIÁTRICA

*“Nada tenho que ver com a ciência; mas, se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”*  
**“O Alienista”, Machado de Assis**

### 1.1 O Asilamento: os primórdios

No clássico livro “O Alienista” (2005), do escritor MACHADO DE ASSIS, Dr. Simão Bacamarte, médico de doenças mentais, internava diariamente no seu asilo os munícipes da pacata cidade de Itaguaí (RJ). Com critérios determinados pelo próprio alienista para classificação nosológica, praticamente todas as pessoas da cidade foram consideradas alienadas, portando algum tipo de doença mental. Em determinado momento, com o asilo lotado, o médico alienista coloca à prova seus critérios, indagando se não seria ele o próprio alienado.

Dr. Simão Bacamarte expõe a própria história da loucura na humanidade: a exclusão social do “anormal”, o poder médico, o foco nos sinais e sintomas, as amarras das instituições e os sujeitos concebidos como doentes. Do conto à realidade, sob justificativas suspicazes, as instituições totais vão se concebendo nos caminhos da limpeza social, do mundo político, econômico, jurídico, cultural, social.

Ao longo do tempo, as representações da loucura foram se modificando. Da ideia de sujeitos com privilégios no acesso a verdades divinas a possuídos por forças demoníacas, os loucos já foram exaltados, protegidos por suas famílias, mantidos à parte do meio social, exorcizados, queimados nas fogueiras ou submetidos a rituais religiosos e/ou místicos (SILVEIRA e BRAGA, 2005).

A história do alienado, a história da medicalização da sociedade, a patologização dos modos de existência e a tutela dos sujeitos convergem, concomitantemente às próprias trajetórias da Revolução Industrial e do nascimento da burguesia, que vão estabelecer um tipo de sujeito com atributos cognitivos, físicos e de comportamento específicos como padrão social de normalidade. Fora desse contexto, muitos indivíduos vão ficando marginalizados nessa sociedade, submetidos ao poder do Estado e das instituições que prestam o serviço de tutela, de suposta assistência às famílias e de higienização social, como detalha CASTEL (1978):

Numa sociedade fundada no contrato, o alienado é aquele que escapa a qualquer tipo de relação contratual. Mas ele deixa, ao mesmo tempo, de ser mácula, já que essa ausência de direitos constitui seu *status*. Ele é submetido a uma tutelarização unilateral em todos os níveis de relação médica, institucional, jurídica e pública de assistência. O conceito de alienação é a expressão sintética dessa combinatória de dependência. A noção de alienação, ou seja, o produto, a conquista da medicalização do louco. 'Medicalizar a loucura' consistiu exatamente na instituição desse *status* completo de tutela (p. 212).

Essa noção fica mais evidente, no final do século XVIII e início do século XIX, no modelo econômico capitalista, quando os indivíduos passaram a ser vistos como mão de obra, corpos produtores e geradores de riqueza. Aqueles que não possuíam funcionalidade plena para o trabalho eram apartados do meio social. Havia a necessidade do Estado para estabelecer a ordem social, garantir o pleno funcionamento das fábricas e indústrias, o aumento de capital, além da preocupação dos liberais burgueses em garantir a propriedade privada e a acumulação de bens (DONZELOT, 1977).

A Revolução Industrial provocou novos modos de vida ocasionados pelo êxodo rural, pela mudança econômica, por relações de consumo e acesso aos produtos, institucionalização da família e das relações privadas ao domicílio, a gênese da instituição escolar. Ao mesmo tempo que vai estabelecendo contraturalidades sociais, de trabalho e trocas financeiras inéditas à humanidade, mas que não estariam acessíveis a todos os sujeitos, já produzindo uma cisão de classe e categorizando a população entre os que possuem e os que não possuem acesso aos bens de consumo, os que possuem força de trabalho e os apontados como inúteis.

Por estes últimos, os inúteis, considerados os membros delinquentes, com comportamentos que fugiam ao estabelecido pela normatização social, o Estado impunha a responsabilização às suas famílias, sob ameaça de punição e vexame público. Em muitos casos, a retirada da pessoa mentalmente adoecida do seu domicílio era apresentada como única possibilidade, sendo ela isolada não somente do convívio familiar, mas de todo e qualquer convívio coletivo e público.

Com o suposto objetivo de manter a ordem familiar, a ordem social e de proteger a família da humilhação pública, o Estado apresentava como possibilidades aos sujeitos desviantes os conventos, os manicômios, os hospitais e as intervenções médicas-higiênicas. Nesse cenário, convergem o interesse da família de ter sua reputação e posição social preservadas e do Estado, de apartar os indivíduos inutilizados e intervir de forma corretiva na vida familiar, estabelecendo normas a esse grupo com objetivos estritamente econômico-sociais. A família estava consolidada enquanto instituição, sob o poder e as regras do Estado, a serviço da boa ordem social, jurídica e, posteriormente, médica (DONZELOT, 1977).

Nessa conciliação de interesses das famílias e do Estado, as instituições, muitas delas antigos leprosários, aprisionavam todos os tipos de pessoas sob a justificativa de caridade, moralização dos comportamentos, camuflando uma prática punitiva e higienista nos grandes centros urbanos europeus: loucos, mendigos, bandidos, portadores de doenças venéreas, prostitutas, presos políticos, hereges etc.

Enquanto a Inglaterra autorizava as *houses of correction* em todos os condados, o Hospital Geral de Paris já somava 6.000 pessoas (1% da população) (FOUCAULT, 2005).

O hospital geral era uma instituição de caridade, mas exibia aspectos coercitivos inegáveis, como aprisionamento forçado e trabalho obrigatório para os pobres válidos. Ele tinha por função acolher indistintamente todos os errantes: mendigos, idosos, crianças, sarnentos, epiléticos, venéreos, loucos, enfermos em geral. Os mendigos inválidos tornavam-se moradores. Os mendigos válidos eram estimulados ao trabalho e ao sustento próprio. Os internos passavam os dias envolvidos em atividades de trabalho e práticas religiosas, como orações, leituras de textos cristãos e missas. Com o tempo, o internamento se tornou maciço e as mais variadas figuras da exclusão social foram recolhidas a hospitais gerais (TEIXEIRA, 2019, p. 541).

Ainda, durante o século XVIII, a internação dos loucos estava sob responsabilidade do poder judiciário e do poder executivo, após solicitação da família (CASTEL, 1978). Também havia a possibilidade dos familiares ou da autoridade pública solicitarem uma ordem de internação ao rei, conhecida como *lettre de chachet* (carta régia). Após a Revolução Francesa, a carta régia foi abolida, tendo em vista o caráter abusivo das internações. Todos os internos por essa via foram libertados (TEIXEIRA, 2019). Dava-se início a um novo movimento no campo da loucura, com a inserção de conhecimento do campo médico e novas propostas de tratamento.

## 1.2 Psiquiatria e Hospitalização

A Revolução Francesa, no século XVIII, e os trabalhos desenvolvidos por Philippe Pinel abriram espaço para uma nova especialidade, com o desafio de cuidar dos loucos: o Alienismo. Até então, a loucura ainda não possuía o total *status quo* do campo e saber médico, que se dividia em apenas duas especialidades, a clínica geral e a cirurgia. Segundo TEIXEIRA (2019):

O alienismo consolidou-se no contexto histórico da França pós-revolucionária e tornou-se uma especialidade médica especial, menos por questões teóricas internas, e mais pela natureza diferenciada do objeto com o qual precisava lidar. (...). Ele surgiu como um aparato de vanguarda da intervenção médico-científica na vida do indivíduo e da sociedade, prometendo recuperar alienados mentais através da ação médica (p. 543-544).

Com Pinel, o Alienismo trajou a possibilidade de os loucos serem recuperados por meio de tratamento médico, modificando seus destinos de sujeitos irrecuperáveis, privados de razão, abandonados à própria sorte na rua, em asilos ou em instituições religiosas. Em consonância com esse movimento, em 1838, é sancionada a Lei Francesa de Saúde Mental (LEI DE ESQUIROL), que reconhecia o direito à assistência e atenção aos loucos, por meio do asilo, com profissionais médicos e saberes especializados (CASTEL, 1978; TEIXEIRA, 2019).

O louco passa a ter um campo médico, um profissional especializado e uma instituição própria para seu “cuidado”, deixando de ser apenas um sujeito que perturba a ordem, desafia a moral, sem condições para o trabalho ou com dificuldades em estabelecer relações contratuais. Retira-se a esfera jurídica e entra a medicina, com o estatuto de

poder médico, administrativo e jurídico do alienado, ou seja, a tutela completa, e promovendo o isolamento absoluto desses sujeitos (CASTEL, 1978). A loucura passa a ser considerada uma doença, e a instituição vai se classificando como total, conforme reporta o autor TEIXEIRA (2019):

O objetivo seria proteger o alienado de si próprio e proteger a sociedade de seu perigo potencial. O manicômio tornou-se o local para observar, classificar, tratar, recuperar, isolar e reprimir estes indivíduos, em nome da ciência e da filantropia (p. 546).

Phillipe Pinel se consagra como fundador da Psiquiatria moderna, principalmente pelas experiências em Bicêtre e Salpêtrière, apresentando tom científico à alienação mental. Entre suas contribuições, destacam-se a semiologia psiquiátrica, as classificações nosológicas acerca da alienação, condutas clínicas a partir dos sintomas e abordagem terapêutica, denominada tratamento moral. Os alienados não são mais acorrentados, entretanto, ainda são mantidos sob as limitações das camisas de força e dentro das instituições psiquiátricas. (TEIXEIRA, 2019).

### **1.3 Psiquiatria e Desospitalização**

A partir de 1864, a autoridade médica, as instituições asilares e a Lei Francesa de Saúde Mental começam a sofrer duras críticas. A experiência em uma colônia agrícola, na cidade de Gheel, na Bélgica, coloca em questão a ordem, a regra, a disciplina, os pilares da instituição asilar. Em Gheel, os alienados ficavam sob a responsabilidade dos camponeses, exerciam o trabalho com ferramentas, circulavam livremente e conviviam com todos. Sem necessidade de amarras, excesso de medicação, grades ou punições, os internos tinham a confiança e o acompanhamento dos membros da colônia, suprimindo os sintomas e comportamentos bizarros que os levavam às instituições. Esse experimento contribuiu para avultar movimentos internos de contestação e crítica às instituições asilares e a legislação no campo da doença mental (CASTEL, 1975).

Segundo CASTEL (1975), MOREL levantava questões importantes como a “*profilaxia defensiva*”, a superlotação dos asilos e a indiscriminação das especificidades de cada público. Enquanto isso, MUNDY propunha uma metodologia

substitutiva ao asilo, que compreendia família, acompanhamento médico, liberdade e o trabalho ao ar livre como pontos cruciais do tratamento, condenando veementemente o asilo, classificando-o como lugar de cronificação e morte. MOREAU DE TOURS exaltava Gheel e colocava em suspeita a necessidade de internar os doentes mentais com a proposição de isolá-los da sociedade, apartando-os do seu meio e de pessoas já conhecidas.

A era de ouro do alienismo, que teve suas gêneses legislativa e médica essencialmente na França, após diversas denúncias das condições precárias, subumanas e de violência, agravadas com as grandes guerras na Europa e o estabelecimento do fascismo e do nazismo, começava a entrar em declínio (PASSOS, 2009). O campo da Psiquiatria seguiria se consolidando, através de movimentos político-sociais, com outros arranjos institucionais e importantes abordagens teóricas para o tratamento mental.

Com o final da II Segunda Guerra Mundial, em 1945, concomitantemente aos projetos de redemocratização da Europa, das condições degradantes e de violações de direitos que apresentavam os hospitais psiquiátricos, alguns países iniciaram processos importantes de reformas no modelo asilar (MINAS GERAIS, 2006).

Os movimentos produzidos nos países da Europa e nos Estados Unidos, embora congruentes quanto ao objetivo de reverterem o ambiente asilar de cuidado e a prática da Psiquiatria como coercitiva e segregadora, seguiram projetos distintos. Entre eles, destacam-se os mais importantes para este trabalho:

#### ▪ **Comunidade Terapêutica Inglesa e Americana**

Inicialmente desenvolvida em Birchman (EUA), por T. H. Main, Bion e Reichman e, posteriormente, celebrada por Maxwell Jones na Inglaterra, a experiência da Comunidade Terapêutica<sup>1</sup>, mesmo com críticas importantes às instituições asilares, segundo AMARANTE (1995), organizou-se como:

---

<sup>1</sup> As experiências das Comunidades Terapêuticas Inglesas e Americanas em nada correspondem às atuais Comunidades Terapêuticas (CT) no Brasil, cujo público é essencialmente o sujeito com questões associadas ao uso de drogas, sem transtorno mental ou comorbidades clínicas associadas. As conhecidas

(...) um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao Hospital Psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas, objetivando uma dinâmica institucional asilar (p. 28).

Maxwell Jones, dentro do ambiente hospitalocêntrico, propôs que os próprios pacientes se organizassem, realizando assembleias, grupos e atividades coletivas. Compreendia que o envolvimento do interno com o seu processo terapêutico e com os demais que ali viviam representava importante função terapêutica. Nesse movimento, o papel de outros autores, como os pacientes, familiares e as comunidades, possuía a mesma importância do trabalho realizado pelos profissionais. (AMARANTE, 1995).

Mesmo com aspectos próximos aos que existem nos serviços substitutivos psicossociais atuais, como as atividades coletivas e os grupos terapêuticos, espaços de voz e autonomia ao interno, assembleias, convívio com a comunidade, o modelo não previa o fim das instituições totais. Ao contrário, a instituição manicomial continuava sendo o pilar do cuidado, e todas as atividades eram realizadas dentro dos muros dos hospitais.

### ▪ **Psicoterapia Institucional e Psiquiatria de Setor na França**

Com forte influência da Psicanálise, a França vai estabelecer uma reforma asilar sem abrir mão da instituição psiquiátrica.

O hospital especializado seria responsável por uma parte do tratamento do sujeito, estabelecendo processos de autonomia, livre circulação no interior do hospital, verbalização dos fatos, produção de relações com a instituição e acolhimento. Concomitantemente, para continuidade do cuidado, estabeleceu-se uma rede extra-hospitalar por setores/zonas, com população adscrita, preferencialmente, na comunidade do paciente. Uma mesma equipe seria responsável por promover o tratamento e acompanhar o paciente em todo processo de cuidado e nos serviços de prevenção, cura e pós-cura (DESVIAT, 1999).

---

CT não possuem um caráter clínico, trabalham com foco na abstinência, estando, muitas vezes, relacionadas a um segmento religioso, que utiliza a mão de obra dos internos sob a justificativa da prática de laborterapia. (MS, 2012)

Nesse contexto da Reforma Francesa, o Hospital Psiquiátrico é acionado de modo pontual, deixando de ser exclusivo e único nesse processo. O pós-tratamento é estabelecido nos serviços localizados em cada setor, a fim de evitar futuras reinternações e retiradas do indivíduo de sua família e do meio social (DESVIAT, 1999).

A Política de Saúde Mental francesa se aproxima consideravelmente das redes de saúde mental de algumas cidades brasileiras, quando estabelecem o Hospital Psiquiátrico como central no atendimento à crise, alinhado com os serviços e equipes de referência no território do usuário pós-alta. Por outro lado, os Centros de Saúde Mental franceses divergem dos CAPS pela essência mais ambulatorial de atendimento, e se aproximam no que diz respeito às Equipes de Referência do Território e Referência Terapêutica Individual.

Nas duas experiências, brasileira e francesa, as equipes são responsáveis por conhecer e estabelecer relações com os serviços de saúde, assistência social, educação, lazer e cultura, levantando as potencialidades e os desafios desse território adscrito. Os profissionais, ao tomarem posse desse distrito sanitário, conseguem desenhar a cartografia do usuário para além de sua casa e seu serviço, ampliando sua circulação, suas relações vinculares e institucionais, mediando conflitos, fortalecendo seu Projeto Terapêutico e promovendo a integralidade do cuidado. (PASSOS, 2009)

#### **1.4 Psiquiatria e Desinstitucionalização: a Reforma Democrática**

Consagrada pela transformação da assistência psiquiátrica italiana, liderada por Franco Basaglia e Franco Rotelli, nas cidades de Trieste e Gorizia, a Desinstitucionalização teve como diretrizes principais as mudanças institucionais e relacionais de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, com três principais eixos norteadores: a liberdade, a autonomia e o protagonismo dos pacientes.

Apesar de o conceito de desinstitucionalização remeter, usualmente, ao Processo de Reforma Psiquiátrica Italiana, o termo é originalmente dos EUA, sendo utilizado como sinônimo de desospitalização, a partir do Plano de Saúde Mental do Governo Kennedy

(1961-1963). Longe de estabelecer uma rede de serviços extra-hospitalar ou de ampliar o debate acerca da institucionalização crônica das pessoas com sofrimento psíquico, a proposta americana se alinhava às diretrizes das políticas neoliberais para conter gastos. Essa medida retirava a responsabilidade do Estado no provimento de serviços e transferia o ônus financeiro e assistencial às famílias (ABP, 2006).

Ou seja, a redução dos leitos estava associada à diminuição dos custos para o setor público, sem preocupação com a mudança ou a melhoria da assistência ofertada. Como consequência, os EUA sofreram o processo de transinstitucionalização, ocasionada pelo fechamento dos hospitais sem uma rede de cuidados substitutiva. Muitos internos foram transferidos para asilos, penitenciárias, abrigos, santas casas, perpetuando a institucionalização. Apenas em 1963, o Governo dos EUA estabelece o “Ato dos Centros de Saúde Mental”, transformando os Hospitais Psiquiátricos em Clínicas Comunitárias. (OMS, 2006; ABP, 2006).

Por outro lado, a desinstitucionalização italiana teve como campo prioritário modificar as relações de poder instituição-sujeito, propondo o fechamento das instituições totais e a organização de uma rede substitutiva comunitária e territorial, com pontos distintos de assistência. Tais fatores estabeleceram conceitualmente e operacionalmente contrapontos importantes entre os processos de desinstitucionalização americana e italiana. Para um dos precursores do movimento italiano, Franco Rotelli (2001), outros pontos seriam fundamentais na consolidação do processo italiano. Entre eles:

(...) eliminar os meios de contenção; reestabelecer a relação do indivíduo com o próprio corpo; reconstruir o direito e a capacidade de uso de objetos pessoais; reconstruir o direito e a capacidade de palavra; eliminar a ergoterapia; abrir as portas; produzir relações, espaços e objetos de interlocução; liberar os sentimentos; restituir os direitos civis eliminando a coação, as tutelas jurídicas e o estatuto de periculosidade; reativar uma base de rendimentos para poder ter acesso a intercâmbios sociais (ROTELLI et al. 2001, p. 32-33).

Desse modo, o conceito de desinstitucionalização italiana é bem mais amplo. Tornava-se imprescindível considerar que não eram suficientes para a promoção da vida dos internos apenas a saída do sujeito do Hospital Psiquiátrico ou o simples fechamento dessas instituições. O processo adotado nas cidades de Gorizia e Trieste implicava o retorno à comunidade, a participação social e a produção da autonomia, exigindo

processos territoriais importantes, que sustentavam a superação da instituição manicomial, tutelar e de poderes. O Hospital Psiquiátrico era desativado, e sua existência não estava concebida no circuito do Projeto Terapêutico do sujeito. Centros de apoio, hospedaria e serviços de saúde eram criados no território, à medida que se fechavam as instituições e seus pacientes eram libertados. Cooperativas de geração de renda eram criadas para os ex-pacientes, para que se apropriassem de uma ocupação profissional, sendo essa, também, uma forma de reinseri-los na sociedade. (ROTELLI et al. 2001; DELL'ACQUA G e MEZZINA, 1991)

O objetivo consistia em promover uma rede de apoio terapêutico, com vista à realização de novos vínculos, circulação nos territórios, com sujeitos capazes de gerir a própria vida, transformando, para dentro e para fora, esses que então eram vistos apenas como sujeitos que sofrem, para sujeitos de direitos, de múltiplas relações sociais, de trabalho e em liberdade.

Entre os desafios colocados à desinstitucionalização, destacam-se a competência de “inventar” novas instituições e novas práticas, até então inexistentes, mas capazes de cumprir um rol de funções – entre as quais, aquelas relativas às novas necessidades de promoção da vida dos sujeitos –, bem como garantir outras necessidades, anteriormente supridas pela instituição manicomial, tais como: morar, comer, vestir. (ROTELLI et al. 2001; NICÁCIO, 2003).

No Brasil, a experiência na cidade de Santos-SP é a que mais se aproximou dessa proposta. No final da década de 1980, à medida que os leitos do Hospital Psiquiátrico Anchieta eram fechados, a Rede Substitutiva era organizada e ampliada de forma territorial e comunitária, a partir do Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) 24h, das Residências Terapêuticas e das Cooperativas. Na época, o município financiou e estruturou a Política de Saúde Mental local de base Substitutiva, Comunitária e Territorial, tendo em vista que os recursos de base federal eram transferidos em sua totalidade para os hospitais, não havendo uma legislação que considerasse uma rede ou financiamento próprio para esses equipamentos. (NICÁCIO, 2003; BRAGA-CAMPOS, 2000).

## 1.5 Desinstitucionalização e Substitutividade

A complexa tarefa da desinstitucionalização colocou um novo conceito em vigência, sobretudo no campo sanitário: o conceito de *substitutividade*, que implica a capacidade de uma instituição substituir sanitariamente a outra, com qualidade superior, realizando seletivamente as funções desejáveis que se encontravam presentes na primeira e agregando a possibilidade de satisfazer, mais e melhor, às outras necessidades, anteriormente negligenciadas. Segundo Nicácio (2003), a representação de serviço substitutivo foi inaugurada por ROTELLI (2001), numa referência aos processos ocorridos em Trieste, que foram norteadores para a mudança institucional psiquiátrica na Itália.

Os autores MERHY e FEUERWERKER (2007) reconhecem esse processo inerente ao campo da Saúde Mental, no território de cuidado dos indivíduos, apontando a substitutividade

como as possibilidades inovadoras do cuidado em saúde que renovam o modo hegemônico ou que o desinstitucionalizam criando novos campos de práticas de produção do cuidado (p. 1).

Nesse sentido, há que se garantir a implantação, organização e o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para que se efetivem, concomitantemente, os processos de desinstitucionalização e substitutividade das instituições psiquiátricas totais, garantindo o cumprimento das diretrizes da RPB, como:

1. Desconstruir uma cultura manicomial, permeada de estigmas e preconceitos em torno do sofrimento psíquico, que perdura para além da existência e do funcionamento das instituições totais, mas que opera cotidianamente no apartar dos loucos e de quem usa drogas do meio social;
2. Uma rede de serviços de base territorial que esteja aberta e acessível 24h para o cuidado e o acolhimento das pessoas, principalmente nos momentos de crise; e
3. Resgate e promoção dos direitos, produção de autonomia e fortalecimento das contratualidades sociais. (AMARANTE, 2005; MS, 2002; MS, 2011).

No entanto, diante de todo esse contexto histórico do processo conceitual e de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, não se pode esquecer o embate político-econômico que precisa ser cotidianamente sustentado nessa Transição Tecnológica de Cuidado (MERHY, 2007). O modelo de serviço substitutivo-comunitário-territorial desorganiza todo um processo econômico e lucrativo de grandes detentores do poder,

existente por anos no campo da Saúde Mental, na chamada “indústria da loucura”, cuja potencialidade em cuidar das pessoas poderá ser colocada sempre em cheque, sob justificativas hegemônicas, hospitalocêntricas e supostamente científicas.

Em muitos países, o Hospital Psiquiátrico continua sendo o pilar da rede de Saúde Mental, mantendo-se como imprescindível, mesmo com um importante arranjo de serviços extra-hospitalares existente. Processos coletivos foram incluídos em sua dinâmica como grupos e oficinas, realizados por equipes multiprofissionais, imprimindo uma suposta transição de “tratamento-cura individual” para “promoção-prevenção coletiva”. Em sua essência, continuam com o paciente “protegido” pelos muros da instituição, distante da socialização com o mundo exterior, promovendo *“uma socialização do asilo, mas não necessariamente do asilado”*. (AMARANTE, 1995; PASSOS, 2015).

Apenas a Reforma Psiquiátrica Italiana apresentou o confronto direto ao poder psiquiátrico, ao papel social das instituições totais e a suprema ideia de normalidade, extinguindo de vez as instituições manicomiais e propondo uma rede essencialmente comunitária e territorial. Tal fato leva-nos a considerar que a consolidação de um processo de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial exige a desconstrução de conceitos socioculturais acerca da loucura e das instituições hospitalares psiquiátricas como pilares fundamentais da rede de cuidado em saúde mental.

## CAPÍTULO 2 – AS “REFORMAS PSIQUIÁTRICAS” NO BRASIL: DO LOUCO À VISIBILIZAÇÃO DO CIDADÃO

*"todo ponto de vista é a vista de um ponto."*

*Leonardo Boff (1998, p. 9)*

No Brasil, seguindo o percurso histórico semelhante ao dos outros países, até 1850, os loucos tinham como destino as prisões ou as celas especiais das Santas Casas. Ainda não existiam hospitais específicos, médicos, profissionais da enfermagem especializados ou com experiência na área. Os cuidados dispensados aos loucos eram realizados pelas freiras (COSTA, 2006). A decisão sobre a internação e a alta dos insanos cabia somente aos poderes judiciário e executivo, restando ao médico papel secundário nesse processo. (CASTEL, 1978; MACHADO et al. 1978; MARTINS, 2020).

Nesse período do século XX, era notória a precariedade do Hospital de Misericórdia com relação às suas instalações, condições sanitárias, tratamento e práticas de cuidado (MACHADO, 1989). Iniciava-se uma sucinta mobilização dos profissionais médicos, na sua maioria, higienistas, por um hospício, para que pudessem ofertar tratamentos adequados, em espaços com melhores condições de higiene.

Inspirado pela Lei Francesa de Saúde Mental (LEI DE ESQUIROL, 1838), citada anteriormente, nasce o Hospício de Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro-RJ. É o início do alienismo no Brasil, do *status quo* da loucura como doença mental e do surgimento da especialidade de psiquiatria no país. (MARTINS, 2020; MACHADO, 1989).

Os hospícios brasileiros seguiam deliberadamente os pressupostos das instituições totais, supostamente configuradas como locais de tratamento. Na verdade, representavam um cenário insalubre, precário, com denúncias de violências e violações de direitos dos internos: “*portas fechadas, paredes altas, arame farpado, fossos, água, florestas ou pântanos.*” (GOFFMAN, 2001 p. 16). Os autores

VASCONCELOS (2008) e GOULART (2007) lembram que, na década de 1970, o Brasil tinha seu modelo de Atenção em Saúde Mental inspirado nas práticas norte-americana (Psiquiatria Comunitária) e francesa (Psiquiatria de Setor).

Nos primeiros movimentos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, no início da década de 1970, o Brasil vivia um processo político de ditadura e um campo de saúde pública escasso, subfinanciado, sucateado e sem acesso universal e equânime à população. Presidiam, à época, os convênios, a compra de serviços de saúde, processo de cogestão e financiamento público para construção de hospitais privados (LUZ, 1991).

A ênfase é dada à atenção individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de saúde pública, de caráter preventivo e de interesse coletivo. (BRASIL, 2007, p.33).

Somente a partir de 1978, têm início manifestações mais sólidas inspiradas, principalmente, no modelo de Reforma Psiquiátrica Italiana, organizadas por instituições, entidades, movimentos sociais que publicizavam o descontentamento, as irregularidades, as precariedades das condições de trabalho, a injúria com modelo de tratamento asilar e situações degradantes dos Hospitais Psiquiátricos.

Os movimentos sociais foram imprescindíveis na construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Em destaque, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), no início década de 1980, que começou com um processo de reivindicação de caráter trabalhista-corporativo, culminando nas questões de assistência e cuidado com pacientes nas instituições totais, configurando-se como um movimento sociopolítico. (AMARANTE, 1995).

O MTSM ganhava corpo e protagonismo pelas denúncias de violência, maus-tratos e mortes nos manicômios, mercantilização da loucura e graves violações dos direitos humanos (AMARANTE, 1995; NICÁCIO, 2003). Os trabalhadores foram essenciais em pleitear o modelo de Reforma Psiquiátrica de inspiração italiana, mesmo ainda sob forte influência do modelo biomédico existente no sistema de saúde brasileiro.

No processo de cogestão, inculcado pelo MTSM, alguns Hospitais Psiquiátricos (Pinel, CPPII e CJM) foram abertos à comunidade, transformando-se em referências na atenção em Saúde Mental. Como consequências, tiveram a ampliação da atenção

ambulatorial, atendimentos multiprofissionais, tratamentos imediatos, processos de ressocialização, enfraquecendo as internações nas instituições psiquiátricas (ANDRADE, 1992; AMARANTE, 1995). Esse arranjo supunha um modelo próximo da Reforma Psiquiátrica Americana, o que configurava, ainda, o caráter institucional psiquiátrico.

## **2.1 A Reforma Psiquiátrica: os embates com o setor hospitalar e as violações dos direitos humanos**

Em 1981, os ambulatórios ganhavam força através do Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), que também vai impor maior intervenção do Estado, contrariando os interesses dos grandes proprietários dos Hospitais Psiquiátricos. No entanto, as discussões ainda se fortaleciam mais na pauta da gestão e dos recursos financeiros, em detrimento do modelo de assistência e cuidado.

Isso se explica pelo notório interesse do setor privado pelo campo da Saúde Mental, e a preocupação dos donos das instituições psiquiátricas com os movimentos que vinham acontecendo no país, nessa época. Toda essa tensão colocava em risco a “indústria da loucura”, consolidada com o modelo asilar durante o Regime Militar de 1964.

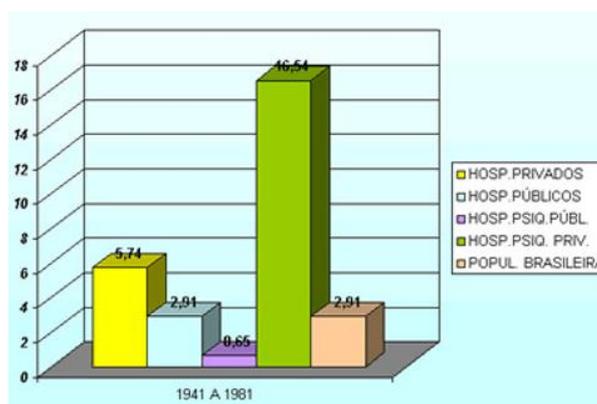
Essas instituições eram financiadas por recursos públicos, atendendo a interesses estritamente privados, tornando-se altamente lucrativas, a ponto de o Brasil chegar a ter mais de 120 mil leitos psiquiátricos. O pagamento era realizado pelo número de internações *versus* diárias de cada paciente, por procedimentos e medicações, promovendo altas taxas de internações psiquiátricas, muitas vezes, sem quaisquer critérios em Saúde Mental, todavia, rentáveis aos proprietários. Os proprietários ainda lucravam com os corpos dos que vinham a óbito, vendendo-os para as faculdades de medicina do país (ARBEX, 2013).

Um exemplo desse cenário é o Hospital Psiquiátrico de Barbacena, conhecido como Colônia, conforme descreve a jornalista ARBEX (2013):

**Pelo menos 60 mil pessoas morreram entre os muros do Colônia.** Tinham sido, a maioria, enfiadas nos vagões de um trem, internadas à força. Quando elas chegaram ao Colônia, suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali. **Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental.** Eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas, violentadas por seus patrões, eram esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, eram filhas de fazendeiros, as quais perderam a virgindade antes do casamento. Eram homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. **Pelo menos 33 eram crianças** (p.10).

Na década de 1980, o Brasil somava 313 Hospitais Psiquiátricos ativos, com cerca de 100.000 leitos, sendo 80% privados, conveniados e pagos pelo Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2006). Não obstante, esse foi o setor que mais cresceu no Brasil, dentro do sistema de saúde, entre 1941 e 1981, conforme Figura 1, abaixo.

**Figura 1 – Crescimento dos hospitais no Brasil e população**



Fonte: <https://marcozero.org>

O Projeto de Lei do Deputado Paulo Delgado, sancionado através da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, apesar de dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em Saúde Mental para serviços comunitários, não conseguiu garantir a extinção dos manicômios nem o fim imediato do financiamento público a esses serviços:

Os Hospitais Psiquiátricos continuavam em funcionamento, sendo contemplados com 93% dos recursos financeiros do Ministério da Saúde destinados a Saúde Mental (MS, 2005, p. 8).

Em 2002, os Hospitais Psiquiátricos somavam 75,24% de todo investimento em Saúde Mental. A inversão desse panorama ocorreu apenas em 2006, quando os recursos investidos nos serviços comunitários alcançaram 55,92% (BRASIL, 2015).

Enquanto o processo italiano de desinstitucionalização teve que se ater apenas à esfera pública, logo, às responsabilidades provenientes do Estado, no Brasil, o embate ficou mais complexo, dada a organização privada da “indústria da loucura” no país, com recursos financeiros do próprio setor público. Não se tratava somente de instaurar um processo de desconstrução cultural e assistência, mas de duelar com grandes instituições e personagens do setor privado que ainda se mantinham sob a “justificativa” de atenderem a crise, os crônicos e os graves. PASSOS (2009).

Mesmo sob forte influência dos atores da Reforma Psiquiátrica Italiana, o Brasil não conseguiu se desvencilhar das instituições hospitalocêntricas, ainda incluídas como retaguarda, no processo de organização da Rede de Saúde Mental. Os interesses e arranjos com os proprietários das instituições psiquiátricas privadas dificilmente seriam dissolvidas nesse processo, havendo um processo de manutenção e garantia desses sujeitos com importante força política capaz de manter total hegemonia. (MONTEIRO, 2018).

O mesmo autor, MONTEIRO (2018), em um estudo sobre o processo de construção da hegemonia anti-SUS na Reforma do Sistema de Saúde brasileiro, constatou que:

(...) os gastos com saúde, por exemplo, não são neutros, mas privilegiam práticas, setores empresariais, unidades federativas e unidades de serviço que reproduzem desigualdades sociais. (p. 262).

No caso da plena efetivação da Reforma Psiquiátrica Brasileira, certamente, as empresas mais prejudicadas com as mudanças pretendidas na Política de Saúde Mental seriam as dos Hospitais Psiquiátricos. Nesse contexto, não é difícil de compreender por que os Hospitais Psiquiátricos aparecem sempre como componente importante na atenção à Saúde Mental, mesmo numa perspectiva psicossocial e desinstitucionalizante. Associações da loucura com violência, agressividade e periculosidade tornam-se a cortina que encobre a verdadeira manutenção desses serviços.

Segundo dados do DESINSTITUTE (2021), o país ainda conta com 131 Hospitais Psiquiátricos ativos. Em 2019, uma fiscalização promovida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), pelo Mecanismo Nacional de Prevenção e de Combate à Tortura (MNPCT), pelo Ministério Público do Trabalho (MPT) e pelo Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP), em 40 instituições de 17 estados do país, encontrou, aproximadamente, 1.200 pessoas em situação de moradia nesses hospitais, muitas delas vivendo em condições insalubres e com violações de seus direitos.

Nesse rol, existem pessoas com uma média de 30 anos de moradia, chamadas de pacientes-moradores, muitas ainda desacreditadas em suas narrativas e nas possibilidades de autonomia e cidadania que um Serviço Residencial Terapêutico poderia oferecer, por exemplo. O Brasil possui 796 SRTs (BRASIL, 2021), o que ainda é incipiente para o fechamento total dos leitos-moradia e a conclusão do processo de desinstitucionalização.

Qualquer ameaça a essa organização não seria um processo fácil a ser instituído no país. Não se tratava apenas de um modelo de Política Pública ou de Assistência, mas de todo um processo de enriquecimento de poucos empresários em torno do tema da loucura.

## **2.2 A Reforma Psiquiátrica: os primeiros passos para as políticas públicas**

Nessa construção inicial da RPB, entre as décadas de 1970 e 1980, foram realizados encontros e conferências com foco na assistência prestada. Dos debates, surgiram propostas com enfoque na ampliação e no fortalecimento das ações em Saúde Mental, proposições para exaurir os desafios predominantes, como o modelo hospitalocêntrico e as internações de longo prazo nas instituições psiquiátricas, além da necessidade e importância da participação comunitária.

A princípio, os usuários e familiares não possuíam uma posição política de militância tão importante e presente nos movimentos sociais. As primeiras contribuições ficaram marcadas no final da década de 1980, com expressiva participação nos movimentos

sociais do país e contribuição para a construção da Política Nacional de Saúde Mental (AMARANTE, 1995; NICÁCIO, 2003).

A partir de 1985, a trajetória da Saúde Mental caminhava paralela às transformações político-sociais no país, principalmente com o fim da ditadura e o processo da Reforma Sanitária Brasileira.

O país vivia um processo de redemocratização que favorecia o fomento à implantação de políticas públicas no cenário sanitário, a partir do reconhecimento da saúde como direito universal. O movimento da Reforma Sanitária tecia acentuadas críticas aos modelos de gestão em saúde implantados no país que favoreciam os setores privados, com foco exclusivo na doença, no profissional médico e nos especialismos.

Não se tratava apenas de pleitear um novo modelo em saúde, mas de ampliar o conceito de saúde e doença considerando as questões sociais, culturais, políticas, econômicas e assistenciais da população. A Reforma Sanitária consolidava mudanças importantes nesse paradigma saúde-doença, apresentando o território, a comunidade, os determinantes sociais, a cidadania e o acesso aos direitos humanos como fundamentais à saúde e à implantação de um novo modelo assistencial. Como elementos constituintes, o movimento sanitário prezava pela democratização da Saúde, do Estado e da Sociedade, que implicava o reconhecimento do direito à saúde em um sistema universal, igualitário, com participação e controle social (PAIM, 2008). Proposituras que convergiam com as bases e diretrizes da RPB, abrindo espaço e fortalecendo as discussões no campo da saúde mental.

A Reforma Sanitária em geral, e a Reforma Psiquiátrica em particular, são processos, (...) que dependem da participação de todos os segmentos para alcançar efetivamente os objetivos desejados: inclusão, solidariedade e cidadania emancipada. (EDITORIAL, 2001, p. 3).

Encontros e conferências eram realizados, com destaque à 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, e ao II Congresso Nacional do MTSM, em 1987. Este último também é conhecido como “Encontro de Bauru”, sob o lema “Por uma Sociedade Sem Manicômios”, e é o marco inicial do Movimento da Luta Antimanicomial. (AMARANTE, 1995; NICÁCIO, 2003).

As conferências proporcionaram novos desafios ao campo da Saúde Mental. Dessa vez, com rupturas abruptas nos campos ideológico e assistencial, e estavam direcionadas à escolha de um processo de desinstitucionalização das práticas de cuidado. Os usuários e familiares iniciavam suas participações com poder de voz na luta, por um modelo de assistência verdadeiramente antimanicomial.

O pioneiro Projeto de Lei 3.657-89, do Deputado Paulo Delgado, que, inicialmente, dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e que pretendia regulamentar a internação psiquiátrica compulsória, era colocado em pauta no cenário legislativo, mesmo sob diversos embargos e protestos dos detentores das instituições psiquiátricas.

O processo político de Saúde Mental no país não se deu de forma homóloga, exibindo diversos modos de organização das redes e da assistência prestada, expondo os desafios sociopolíticos e culturais que estavam por vir. Seria bastante ativo em âmbito estadual, apesar de apenas cinco estados terem apresentado os primeiros normativos de leis para garantir a reestruturação do cuidado em Saúde Mental, quais sejam: Rio Grande do Sul, Distrito Federal, Ceará, Pernambuco e Minas Gerais (AMARANTE, 1995).

No final da década de 1980, algumas cidades brasileiras davam início às experiências dos serviços de base comunitária e territorial. O CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, na Rua Itapeva, no bairro da Bela Vista, em São Paulo-SP, é inaugurado no ano de 1987. Em 1989, acontece a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos-SP, e a criação de uma rede territorial, apresentando o NAPS como ordenador do cuidado no território.

Em 1991, o processo de Reforma Psiquiátrica no Ceará tem início no interior do estado, quando se inaugura o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Iguatu.

A implantação dos CAPS, NAPS e dos Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) se iniciava de forma descontínua, pontual e sem financiamento específico em território nacional. Apenas em 20 de janeiro de 1992, a Portaria/SNAS nº 224 se

apresentava com normativas específicas para esses dispositivos. Os recursos eram provenientes do financiamento SIA/SUS.

Na cidade de Belo Horizonte-MG, os Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM) surgem, em 1993, tendo como inspiração o CAPS Luiz Cerqueira e os NAPS da cidade de Santos. Outros movimentos de suma importância para a construção inicial dessa rede consistiam em leitos nos hospitais gerais, Centros de Convivência e associações jurídicas para auxílio aos familiares e usuários. (NICÁCIO, 2003; BRAGA-CAMPÓS 2000).

Em 1996, já se contabilizavam 154 CAPS cadastrados no país. O Ministério da Saúde normatizava o atendimento em Saúde Mental na rede SUS, entretanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatórios continuavam válidas. (MINAS GERAIS, 2006).

Com a Portaria nº 106/2000-GM-MS, o cuidado dos usuários egressos dos manicômios fechados, que não possuíam mais famílias ou tinham os laços sociais totalmente rompidos ou inexistentes, vinha a ser garantido e assegurado. O marco legislativo habilitava Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), garantindo recursos para implantação e manutenção desses equipamentos, que, embora se instituíssem como serviços de modalidade assistencial, substitutivos à internação psiquiátrica prolongada, teriam seu funcionamento e sua organização orientados segundo o *modus operandi* de uma casa, de um lar, de uma moradia. (MS, 2000).

Os SRTs foram organizados com pilares fundamentais para o resgate das vidas dessas pessoas:

[Art. 3º, a] garantir assistência aos portadores de transtornos mentais com grave dependência institucional que não tenham possibilidade de desfrutar de inteira autonomia social e não possuam vínculos familiares e de moradia;

[Art. 3º, b] atuar como unidade de suporte destinada, prioritariamente, aos portadores de transtornos mentais submetidos a tratamento psiquiátrico em regime hospitalar prolongado;

[Art. 3º, c] promover a reinserção desta clientela à vida comunitária. (MS, 2000).

Apesar do subfinanciamento, as Portarias GM 336/02 e SAS 189/02 apresentavam um primeiro esboço de uma Rede de Atenção Psicossocial.

## 2.3 O CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial): as ferramentas e os (des)caminhos

Os CAPS, apontados no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira como serviços de base comunitária e territorial, são descritos pela primeira vez na Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002:

§ 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o *caput* deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial (PORTARIA nº 336, 19 de fevereiro de 2002).

Essa portaria também buscou estabelecer os CAPS por porte, complexidade, modalidade, horário de funcionamento, público-alvo atendido (adultos, crianças e adolescentes, álcool e outras drogas) e abrangência populacional, sendo divididos em: CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II. Em 2002, apenas municípios com população acima de 20 mil habitantes poderiam pleitear a implantação e habilitação do CAPS TIPO I, que se tratava do serviço de menor porte de complexidade, com funcionamento estabelecido de segunda a sexta-feira, das 08 às 17h.

Em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088 vinha instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e a atualizar os critérios de abrangência populacional para implantação dos CAPS nos municípios brasileiros:

§ 4º Os Centros de Atenção Psicossocial estão organizados nas seguintes modalidades:

**I - CAPS I:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de quinze mil habitantes;**

**II - CAPS II:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de

vida. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;**

**III - CAPS III:** atende prioritariamente pessoas em intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro 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 de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;**

**IV - CAPS AD:** atende pessoas de todas as faixas etárias, que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de setenta mil habitantes;**

**V - CAPS AD III:** atende pessoas de todas as faixas etárias que apresentam intenso sofrimento psíquico decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno. **Indicado para Municípios ou regiões de saúde com população acima de cento e cinquenta mil habitantes;** e

**VI - CAPS i:** atende crianças e adolescentes que apresentam prioritariamente intenso sofrimento psíquico decorrente de transtornos mentais graves e persistentes, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas, e outras situações clínicas que impossibilitem estabelecer laços sociais e realizar projetos de vida. **Indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes.** (MS, 2011)

Na atualização e organização dos pontos de atenção da RAPS, o CAPS, antes, erroneamente aludido como o serviço exclusivo substitutivo ao manicômio, é tratado como mais um ponto de referência na rede, com atribuições, tipologias e horários de funcionamento específicos. O CAPS, por especificidades limitantes, não conseguiria, de forma isolada, fazer o contraponto à lógica manicomial e asilar de assistência em Saúde Mental, embora historicamente siga ocupando o lugar central e *sui generis* nas práticas de atenção à Saúde Mental (LANCETTI, 2014; COSTA-ROSA, 2013).

Além disso, a Portaria nº 3088/2011 tinha como objetivo legitimar e organizar, em todo o país, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e o modelo da Atenção Psicossocial, como Política Nacional de Saúde Mental, pautados nas diretrizes e nos pressupostos da RPB, descrevendo a função de cada serviço no cuidado em Saúde Mental. Apesar desse protagonismo do CAPS, a RAPS torna-se um marco importante por apontar diversos serviços, em distintas modalidades, complexidades e

hierarquização, como participantes e responsáveis pelos sujeitos com sofrimento psíquico, como é possível verificar abaixo, na Figura 2:

**Figura 2** – Componentes e respectivos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial

COMPONENTE	PONTOS DE ATENÇÃO
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde
	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	SAMU 192
	Sala de Estabilização
	UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
	Unidade de Acolhimento
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Serviço de Atenção em Regime Residencial
	Enfermaria especializada em Hospital Geral
Atenção Hospitalar	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
	Serviços Residenciais Terapêuticos
Estratégias de Desinstitucionalização	Programa de Volta para Casa
Estratégias de Reabilitação Psicossocial	Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda
	Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais

(RAPS). Ministério da Saúde, 2011

Fonte: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/o-que-e-uma-raps-rede-de-atencao-psicossocial/>

Esse modelo de organização dos serviços em rede tinha como propósito ampliar a rede de assistência em Saúde Mental, a partir do processo de territorialização, com a inserção de práticas comunitárias, promovendo o convívio e a inclusão social das pessoas com sofrimento psíquico nas suas redes sociais, autonomia, exercício da cidadania, direitos, abrindo um leque de estratégias de cuidados e enfrentamento aos estigmas e preconceitos, inclusive nos momentos de atenção à crise. A Figura 2 aponta um rol de serviços que podem e devem atender o sujeito com sofrimento psíquico, o que coloca o CAPS apenas como mais um ponto da rede, excluindo o pressuposto de ser único responsável na atenção à crise. (BRASIL, 2011).

A RAPS ainda enfrenta obstáculos importantes na sua implantação e consolidação pelo país. Entre os pontos críticos, evidenciam-se as fragilidades dos trabalhadores com as tecnologias de cuidado e aportes teóricos para relacionarem-se com o fenômeno da

loucura e todas as suas implicações no meio social, comunitário e familiar. A assistência aos usuários e suas famílias, principalmente nos momentos de crise e de agudização dos sintomas, segue como desafio à Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Nesse processo da transição entre o modelo manicomial para a Atenção Psicossocial, as famílias passaram a ser convocadas a participar e se corresponsabilizar pelo cuidado e inserção social de seus membros (SILVA, 2007). A vida e o cotidiano dos sujeitos com sofrimento psíquico grave, outrora internados nos Hospitais Psiquiátricos e apartados do convívio social e familiar, passaram a ser geridos e organizados por seus entes, tornando-se este um desafio importante para as famílias. Nesse cenário, não restam dúvidas sobre o papel fundamental que a RAPS ocupa como referência do usuário e ponto de apoio, atenção, orientação e assistência do núcleo familiar.

Outra importante mudança nas políticas públicas implantadas em 2011 refere-se à ênfase da rede de serviços de atenção à Saúde Mental não só para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, mas para aquelas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. O cuidado complementar para esse público foi oficializado por meio da Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012, que institui a Unidade de Acolhimento (Adulto e Infantojuvenil) para crianças, adolescentes e adultos com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, como componente de atenção residencial de caráter transitório. Ampliando a assistência a esse público, a Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012, vai redefinir o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24h (CAPS AD III) e os incentivos financeiros dos CAPS.

As portarias seguiram acompanhadas de muita polêmica e ampla divulgação do Plano *Crack, é Possível Vencer*:

Lançado em dezembro de 2011, o programa “*Crack, é possível vencer*” é **um conjunto de ações do Governo Federal para enfrentar o *crack* e outras drogas**. Com investimento de R\$ 4 bilhões e articulação com os estados, Distrito Federal e municípios, além da participação da sociedade civil, a iniciativa tem **o objetivo de aumentar a oferta de tratamento de saúde e atenção aos usuários drogas, enfrentar o tráfico e as organizações criminosas e ampliar atividades de prevenção até 2014**. O programa conta com ações dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos (CRACK, É POSSÍVEL VENCER, 2014, P.132).

Desde o *slogan* às propostas apresentadas, o projeto sofreu duras críticas de diversos setores que apontavam um plano inclinado para a “guerra às drogas”, cujo foco “está na substância e não no usuário abusivo de drogas” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019, p. 21). Vale lembrar que, no ano anterior, em 2010, ocorreu a sanção do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (DECRETO PRESIDENCIAL nº 7.179, 20 de maio de 2010). O Plano previa a criação de vagas para convênio com o SUS e o SUAS em Comunidades Terapêuticas (CT). Seriam assegurados a essas intuições de internação fechada, caráter privado e, por vezes, com orientação religiosa, o financiamento e o suporte das equipes da Atenção Básica, contrariando o modelo de atenção psicossocial antimanicomial executado até aquele momento.

A inserção das CT como ponto de assistência gerou grandes debates e discussões entre os militantes, os profissionais e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Havia uma importante contradição entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Política da Redução de Danos e as diretrizes estabelecidas pelas Comunidades Terapêuticas, que pregavam, claramente, como práticas, o isolamento social e a abstinência. Não houve recuo por parte da gestão nacional. (CFP, 2019).

As divergências entre as ofertas de cuidado das CT e as diretrizes do modelo psicossocial puderam ser constatadas em outubro de 2017, com a publicação do relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, que abrangia cinco regiões do Brasil. A iniciativa partiu do Conselho Federal de Psicologia (CFP), do Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura (MNPCT) e da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, do Ministério Público Federal (PFDC/MPF). Os órgãos constataram nas visitas diversos apontamentos de violações de direitos, maus-tratos e condições físicas insalubres dessas instituições.

Apesar de todas as considerações negativas realizadas sobre as instituições das CT, em 2020, o Governo Federal, por meio do Ministério da Cidadania, abriu edital superando o dobro de financiamento de vagas nas Comunidades Terapêuticas, de R\$153,7 milhões para R\$300 milhões, com perspectiva de alcançar 20 mil vagas (DESINSTITUTE.ORG, 2020).

Em dezembro de 2021, segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), R\$ 89 milhões foram destinados às CT, sem processo de licitação. Seguindo nesse curso, em abril de 2022, o Ministério da Saúde revoga o Programa de Desinstitucionalização, e o Ministério da Cidadania anuncia o destino de R\$ 10 milhões aos Hospitais Psiquiátricos com foco no suposto tratamento de dependentes químicos, prevendo a contemplação de 33 unidades em todo o Brasil.

Enquanto isso, desde 2016, a Rede de Atenção Psicossocial vem sofrendo retrocessos. Editais de financiamento para Projetos de Reabilitação Psicossocial, Trabalho, Cultura, Inclusão na RAPS, Protagonismo do Usuário e Familiares, Educação Permanente, Educação em Saúde e Processos Formativos para os trabalhadores foram extintos. Desde então, normativos legislativos têm alterado a formação da RAPS, apresentando novos pontos de atenção e financiamento.

As promulgações posteriores, sancionadas na Portaria 3.992, de 28 de dezembro de 2017, anunciavam ações e pontos de assistência superados no processo da Reforma Psiquiátrica. Como exemplos, tem-se o aumento da remuneração para procedimentos de internação em leitos hospitalares e a inclusão de Equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental nas Unidades Ambulatoriais Especializadas e nos Hospitais Psiquiátricos, na RAPS.

Nessa trajetória, em julho de 2021, ratificou-se o processo de implantação e fortalecimento dos ambulatórios em Saúde Mental, Emergências Psiquiátricas e Leitos de Internação por meio da nota técnica de Saúde Mental para Organização da Rede de Atenção Primária à Saúde e da Atenção Especializada. O documento é assinado pela Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), juntamente com o Ministério da Saúde. (BR, 2021).

Em 20 de junho de 2022, o Governo Federal decretou o fim da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde, no DECRETO nº 11.098, que *“aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança”* (p. 1). Na nova composição, de acordo a exposição no Artigo 14:

a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas e a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas no âmbito do SUS ficam subordinadas à Secretaria de Atenção Primária à Saúde. (DECRETO 11098/22 | DECRETO Nº 11.098, DE 20 DE JUNHO DE 2022).

Essa mudança, ainda sem muitos detalhes ou informações, abre dúvidas quanto ao financiamento dos serviços da Saúde Mental e à organização da RAPS. A Atenção Básica, até então mais um componente dessa rede, passa a gerir a Saúde Mental Especializada: CAPS, Residências Terapêuticas, Unidades de Acolhimento etc.

#### **2.4 De volta ao CAPS: as apostas e os desafios adicionais**

O CAPS segue sendo um pilar importante nesse modelo de assistência, no entanto, ainda ocupa uma grande parte ou a totalidade do Projeto Terapêutico Singular (PTS) dos sujeitos. Como consequência, corre-se o risco de centralizar e operar todo o Projeto Terapêutico dos usuários nesse serviço, tornando-o imprescindível na rede de Saúde Mental e favorecendo a constituição de um processo de cronificação institucional e/ou referência única de assistência para os usuários e suas famílias. Logo, as cidades que não possuem o serviço CAPS ou não foram contempladas com todas as tipologias (AD, *i*, Adulto) são apresentadas como um suposto vazio assistencial, como se outros arranjos na rede fossem inócuos ou inoperantes (AMARANTE et al., 2005; COSTA-ROSA, 2013).

A desconstrução da ideia de centralidade e de referência única do CAPS exige a inserção das equipes no território, transitando pela mesma cartografia do usuário, o que contribuiria para ampliar o repertório comunitário, estender o cuidado às famílias, matriciar outros pontos sanitários e sociais, articular com os pontos de cultura, lazer e esporte. (COSTA-ROSA, 2013).

LANCETTI (2014), refletindo sobre o processo de implantação de diferentes tipos de CAPS, suscita que os serviços de modalidade TIPO III deveriam ter sido os primeiros serviços a serem instituídos. O autor justifica seu pensamento a partir da perspectiva da substitutividade aos Hospitais Psiquiátricos, visto que funcionariam 24h e estariam sempre de portas abertas.

Na sua concepção, a implantação inicial de CAPS III agiria na complexidade territorial e daria condições estruturais (leitos-camas) de acolher os sujeitos em hospitalidade diurna e noturna, ao contrário do que foi executado em maior parte do país, com a implantação dos CAPS I:

Ao se iniciar a instalação pelo CAPS I, isto é, pequenos grupos de profissionais desconectados do sistema de saúde e sem possibilidades de priorizar o cuidado dos pacientes mais difíceis, houve uma tendência preventivista (p. 47).

Contrária a esse reducionismo, NICÁCIO (2003) debate o papel do CAPS e da territorialização, conforme a experiência santista com os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS). O serviço daria conhecimentos das demandas em Saúde Mental do seu território, acionando os demais atores como retaguarda, produzindo juntos, alargando o repertório social e de apoio do usuário. A porta aberta do NAPS não se restringia a estar apenas dentro do serviço, mas

(...) adentrar nos territórios, reconhecer processos de produção da demanda psiquiátrica, os caminhos que usuários e familiares percorrem nos serviços sócio-comunitários, as diversas formas de assistências e abandonos. (NICÁCIO, 2003, p.176).

Na mesma linha de pensamento, COSTA-ROSA (2013) propõe a Estratégia Atenção Psicossocial, no mesmo sentido em que o Ministério da Saúde propõe e define a diretriz política da Estratégia Saúde da Família. Nessa proposta, têm centralidade as noções de territorialidade no planejamento e de organização das práticas da atenção à Saúde Mental da população do território de referência.

É imprescindível esclarecer que a Estratégia Atenção Psicossocial (Eaps) não é sinônimo de Estratégia Caps. Justamente ao contrário, a Eaps tem sido confundida com o próprio Caps, o que, por um lado, tem significado um grave equívoco teórico e estratégico, e, por outro, tem produzido práticas que tomam o sofrimento psíquico como sinônimo de crise de desagregação psíquica, como ocorre em sua primeira versão, para os impasses de ordem da constituição subjetiva por forclusão, as chamadas psicoses, acabando por centrar suas ações em torno dos Projetos Terapêuticos Individuais (PTI); perdendo, com isso, totalmente de vista a dimensão da Demanda Social em sua complexidade e abrangência territorial (COSTA-ROSA, 2013, p.92).

Para o autor COSTA-ROSA (2013), o CAPS, na sua prática cotidiana, teria que deixar de ser apenas mais um estabelecimento de assistência específica, tal como o Ambulatório de Saúde Mental. O serviço deveria ser capaz de barrar a medicalização e

a psicologização, promovendo práticas territoriais e se integrando com outros serviços e dispositivos como retaguarda.

Observa-se que a consolidação e a garantia dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica ainda são grandes desafios presentes no campo da Saúde Mental. Mais recentemente, alguns autores, como COSTA-ROSA (2013), LANCETTI (2014) e MERHY (2007), vêm levantando questões importantes acerca do funcionamento dos CAPS e da prática cotidiana de seus trabalhadores. Esses autores têm relatado como alguns serviços e profissionais estão cristalizados em suas próprias rotinas, vivenciando e reproduzindo cotidianos burocráticos de forma a cumprir apenas o estabelecido em agendas e nas grades de grupos e oficinas terapêuticas. LANCETTI (2014) descreve como algumas ofertas nos serviços de Saúde Mental (consultas, entrevistas, grupos e oficinas artísticas) distanciam-se das reais necessidades de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico e de seu núcleo familiar. Segundo o autor, essas ofertas são *“recursos pobres para o atendimento de pessoas que não demandam, que não possuem cultura psi ou que se violentam de diversas formas”* (p. 51).

A situação de funcionamento precário dos CAPS pode contribuir para que os usuários e suas famílias frequentem cada vez menos os serviços ou abandonem o projeto terapêutico proposto. Estudos sobre fatores associados ao abandono do cuidado em Saúde Mental corroboram essa percepção: usuários destacam tratamento exclusivamente medicamentoso; não adequação às propostas de cuidado terapêutico; percepção de que o tratamento estava inadequado ou ineficiente; dificuldade de acesso ao tratamento e falta de dinheiro para o transporte (MELO e GUIMARÃES, 2005; MOLL et. al., 2012; RIBEIRO e POÇO, 2006; RIBEIRO et al., 2008).

Por sua vez, apostas nos familiares como sujeitos de grandes potencialidades têm se mostrado experiências positivas, abrindo espaço para o exercício do protagonismo dessas pessoas nos serviços de Saúde Mental. A participação dos usuários e seus familiares nas conferências, associações, assembleias, seminários e congressos tem promovido grandes transformações na produção do cuidado em Saúde Mental. Essas práticas distanciam-se dos tradicionais grupos de psicoeducação, abrindo novas possibilidades de contraturalidades com as famílias, estabelecendo relações de confiança, escuta e legitimidade nas dificuldades cotidianas com o sofrimento psíquico

(MELMAN, 2014). LANCETTI (2014), SILVA (2007) e MERHY (2007) destacam que o atendimento domiciliar aos usuários e suas famílias, bem como as ações realizadas pelos profissionais no território são potentes cenários terapêuticos, mais alinhados com a proposta de cuidado psicossocial em Saúde Mental, além de potentes alternativas aos espaços e práticas institucionalizadas.

Outro ponto desafiador apresentado por COSTA-ROSA (2013) é a implantação dos CAPS por modalidades e segmentos populacionais (CAPS *i*, CAPS AD). Para o autor, essas estratificações são utilizadas como empecilhos ao cuidado a partir da sua inexistência em algumas redes e de trabalhadores resistentes ao atendimento do público supostamente inelegível ao serviço. A “falta de equipamentos especializados” para determinado segmento populacional tem sido traduzida como impossibilidade de cuidado em Saúde Mental, sobretudo para os municípios que sequer contam com o CAPS I.

Segundo o IBGE (2020), o Brasil possui 5.570 municípios, sendo que 60% deles, aproximadamente, possuem população inferior a 15 mil habitantes. A partir desses dados, constata-se que 3.300 municípios estão excluídos para implantação de CAPS Tipo I, haja vista o critério quantitativo habitacional exigido, conforme Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Qualificar a tipologia de acordo com o contingente populacional é desconsiderar o perfil sanitário e as necessidades específicas de cada município brasileiro.

Dados do Ministério da Saúde, em julho de 2021, mostram 2.742 CAPS cadastrados no país, sendo apenas 248 do Tipo III (AD e Adulto). A maioria dos CAPS está concentrada nas regiões Sudeste (1.001 CAPS) e Nordeste (943 CAPS), aparecendo significativamente em menor número nas regiões Centro-Oeste (166 CAPS) e Norte (175 CAPS) (BRASIL, 2021).

Esses dados levantam fragilidades consideráveis na construção da RAPS: número ínfimo de CAPS III e municípios que contam apenas com os dispositivos da Atenção Primária para o cuidado em Saúde Mental. Esse cenário se agrava quando não há cobertura integral de UBS, ESF e NASF nesses territórios, muito menos integração

intersectorial, que possa satisfatoriamente ofertar ações territoriais e comunitárias em Saúde Mental e de retaguarda na Atenção à Crise.

## **2.5 Atenção Básica na RAPS: (Im)possibilidades do cuidado em saúde mental**

A inserção da Unidade Básica como componente da rede para ações em Saúde Mental consta desde 29 de janeiro de 1992, por meio da Portaria 224. Na ocasião, seguia vigente o modelo da OPAS, do preventivismo, ocupando lugar preponderante o encaminhamento dos casos de Saúde Mental para os Pronto Atendimentos Psiquiátricos ou Ambulatórios Especializados. Esses serviços funcionavam no modelo ambulatorial, e a principal conduta do conjunto de seus profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) seguia sendo os encaminhamentos aos Hospitais Psiquiátricos. (BRAGA-CAMPOS, 2000).

A Portaria 224 chegou a estabelecer que visitas domiciliares e atividades comunitárias fossem desenvolvidas e a propor que o profissional médico generalista, o enfermeiro, os auxiliares e os agentes de saúde pudessem ser alternativos aos profissionais especialistas. No entanto, essa organização e as atribuições de suas equipes seriam de responsabilidade exclusiva do órgão local, desconsiderando que os gestores que optassem por um modelo mais comunitário enfrentariam as pressões dos donos dos manicômios e as disputas corporativas dos especialistas (BRASIL, 1992; VECCHIA e MARTINS, 2009). Tais circunstâncias, portanto, não favoreceram as práticas em Saúde Mental, a serem desenvolvidas no âmbito das unidades básicas de saúde, conforme preconizado no documento ministerial.

Depois de 1992, a AB como ponto da rede responsável pelo cuidado em saúde mental reaparece somente em 2011, com a Portaria nº 3.088, como discutido anteriormente. A RAPS, ao destacar a AB como integrante do processo de cuidado das pessoas com sofrimento psíquico, convoca novamente as unidades básicas de saúde e suas equipes para o projeto de saúde mental territorial, atualizando suas diretrizes e responsabilidades:

I - (...) um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver a atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades;

(...)

§ 1º A Unidade Básica de Saúde, de que trata o inciso I deste artigo, como ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de Saúde Mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (PORTARIA nº 3088, 23 de dezembro de 2011).

Em muitos municípios brasileiros, a AB segue sendo o único ponto de atenção psicossocial nos territórios. MACEDO et al. (2017), com o objetivo de mapear o dimensionamento da RAPS no território nacional, constataram que, em 2,97% (n=13) do total das CIRs do país, o cuidado ofertado em saúde mental era de responsabilidade dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das Equipes de Saúde da Família (ESF) ou dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Por muito tempo, o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) era o único programa que garantiu aos pequenos municípios algum profissional especializado, de referência em Saúde Mental, para ampliar o cuidado, realizar apoio matricial, qualificar as equipes da Atenção Básica, pensar estratégias resolutivas, comunitárias e com integralidade aos sujeitos com sofrimento psíquico. Em 2018, contava-se com 5.236 equipes implantadas em todo o país (BRASIL, 2018).

Essas equipes do NASF possuíam papel crucial, como apontam PEGORARO et al. (2014):

No caso do apoio matricial em Saúde Mental, as equipes do NASF devem prestar suporte aos casos de pessoas com transtorno mental, elaborar estratégias dirigidas a grupos vulneráveis para melhoria do cuidado, evitar ações que promovam a medicalização e psiquiatrização, difundir o modelo não manicomial de cuidado, desenvolver parceria com as famílias para o cuidado dos usuários e mobilizar recursos comunitários para desenvolver as ações necessárias à população atendida pela ESF (p. 623).

Entretanto, os resultados produzidos no país por essa política pública (BROCARDI et al., 2018; MELO et al., 2018; QUIRINO et al., 2019; SEUS et al., 2013) não foram suficientes para impedir a revogação do NASF pela Nota Técnica nº 3/2020, em 28 de

janeiro de 2020. A partir de então, institui o programa “Previne Brasil”, criando modelo novo de financiamento de custeio da Atenção Básica. A Nota Técnica determinava que as solicitações de credenciamento de novas equipes fossem suspensas, e os processos de implantação em trâmite arquivados. O novo modelo designava que o gestor municipal de saúde tivesse o benefício de selecionar os profissionais necessários, determinando a carga horária e estabelecendo os arranjos do processo de trabalho que fossem favoráveis ao município. (MS, 2020).

A mudança do projeto inicial do NASF produziu retrocessos à Saúde Mental, com impactos na assistência e na garantia da amplitude multiprofissional nas ações de cuidado. É retirada de cena a ferramenta de trabalho do matriciamento, designado como tecnologia de cuidado e potente instrumento de trabalho dessas equipes. O matriciamento produzia e ampliava novos sentidos nas práticas das equipes e no compartilhamento dos casos, com contribuições consideráveis para dentro das Unidades Básicas de Saúde e em articulação com outros pontos da rede.

Mesmo em situação favorável de cobertura integral desses dispositivos ou com ações frutíferas no campo psicossocial, a Atenção Básica opera de forma limitada por estar restrita ao atendimento de segunda a sexta-feira. Esse arranjo operacional da AB abre um nó para esses pequenos municípios quando se trata de assistir os usuários em crise que necessitam do acolhimento integral por 24h ou da retaguarda noturna. Os quadros de crises desencadeados no período noturno, aos feriados e finais de semana também se apresentam como desafios na gestão do cuidado. Nem todas as pequenas cidades contam com hospital geral ou UPA como retaguarda para uma organização terapêutica conjunta (MACEDO et al. 2017).

Como a implantação dos serviços da RAPS é determinada pelo contingente populacional, é notória a complexidade da sua organização, do seu funcionamento, da manutenção e prestação de cuidado em grandes centros urbanos e nos pequenos municípios que, em sua maioria, não possuem serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial<sup>2</sup>. Desse ponto, surge a importância de averiguar de

---

<sup>2</sup> A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, indica CAPS I para Municípios com população acima de quinze mil habitantes. Anteriormente a essa data, admitia somente municípios acima de 20 mil habitantes.

que recursos e aparatos tecnológicos dispõem as pequenas cidades brasileiras para promoção do cuidado em Saúde Mental, dentro do modelo psicossocial, com as redes e arranjos existentes e inexistentes, principalmente nos momentos de agudização dos sintomas e de franco sofrimento psíquico dos sujeitos. (DIMENSTEIN, et al., 2014; DIMENSTEIN, et al., 2016; SILVA et al., 2014).

Essas ações fragmentam o conceito primordial da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, pautado na assistência comunitária, territorial e psicossocial. Mitiga a RAPS, enquanto rede substitutiva às práticas manicomiais, reforçando o modelo biomédico, hospitalocêntrico, individual, e da Atenção à Crise em instituições fechadas, desarticuladas dos demais pontos da rede. Configura-se uma ordem hierarquizada e vertical de cuidado aos usuários, foca-se no diagnóstico e na remissão dos sintomas, quebrando os cuidados integral e longitudinal estabelecidos nos modelos mais favoráveis à desinstitucionalização.

Sem contar que os trabalhadores manifestam dificuldades no cotidiano dos serviços para relacionarem-se com o fenômeno da loucura e com todas as suas implicações no meio social, comunitário e familiar, principalmente em prover e cuidar nos momentos de crise e de agudização dos sintomas das pessoas com sofrimento psíquico em um espaço aberto e territorial, o que retroalimenta o aparato hospitalar (NICÁCIO, 2003).

Toda essa fragilidade pode ocasionar a falsa percepção que a RAPS e o Modelo de Atenção Psicossocial são inócuos, quando, na verdade, ainda não se obteve a implantação total, o financiamento necessário e a consolidação desse modelo no país.

## CAPÍTULO 3 - ATENÇÃO À CRISE EM SAÚDE MENTAL

*A liberdade é um dos dons mais  
preciosos que o céu deu aos homens.  
Nada a iguala, nem os tesouros que a  
terra encerra no seu seio, nem os que o  
mar guarda nos seus abismos. Pela  
liberdade, tanto quanto pela honra,  
pode e deve aventurar-se a nossa vida..  
(Miguel de Cervantes, "Dom Quixote")*

### **3.1 Crise e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): produção de cuidados baseada em conceito relacional**

O tema da Atenção à Crise no campo da Saúde Mental tem se apresentado como importante indicador do processo de organização da RAPS, demonstrando ser esse um desafio da RPB e da implantação do Modelo de Atenção Psicossocial instituído no país como política pública (DASSOLER e PALOMBINI, 2020).

Operar as vertentes teóricas de crise em saúde mental no cotidiano dos serviços e promover tecnologias de cuidado psicossociais são desafios complexos, que exigem dos profissionais um referencial que produza orientação, racionalidade clínica e manejo técnico.

Entre os repertórios teóricos existentes, este trabalho faz predileção pela Psicanálise e pelos conceitos que fundamentam a Clínica Psicossocial das Psicoses<sup>3</sup> e o Modelo de Atenção Psicossocial. Opta-se pelo conceito de crise em Saúde Mental como algo produzido nas relações, no contexto de vida, entre as pessoas, em momentos de conflitos, rompantes, apresentando sintomas e sinais que não necessariamente serão suprimidos, mas suportados e acolhidos pelos profissionais. Um episódio de crise pode

---

<sup>3</sup> Clínica Psicossocial da Psicose, a partir dos princípios elementares teóricos e conceituais traçados pelo professor Marcus Vinícius de Oliveira nos Programas Docentes-Assistenciais PIC e PADAC, descritos no Capítulo 5.

provocar uma desestabilização passageira ou permanecer prejudicando o estado de equilíbrio do homem com relação ao seu corpo e ao meio ambiente. Abrange o campo das relações vinculares, dos determinantes sociais em saúde, do cuidado no território de vida e na preservação dos direitos dos sujeitos (BRASIL, 2014; SILVA, 2007).

Os autores DELL'ACQUA e MEZZINA (1991) trazem o tema para uma vertente psicossocial, denotando que a crise se desenvolve no âmbito coletivo, e que o usuário deve poder atravessá-la conservando, na medida do possível, sua continuidade existencial e histórica, sendo garantida a ele a manutenção dos vínculos com seu ambiente e com pessoas significativas em sua vida e a formação de novos vínculos no próprio serviço. O interesse primordial não deve ser estabelecido pela sintomatologia psiquiátrica, mas precisa considerar o fio condutor do rompimento, do insustentável, como esclarece KNOBLOCH (1998):

A crise pode ser designada como uma experiência em que há algo insuportável, no sentido literal de não haver suporte, experiência que nos habita como um abismo de perda de sentido, em que se perdem as principais ligações. Este abismo se manifesta como um excesso de força pulsional que rompe a capacidade de simbolização mas, ao mesmo tempo, instaura uma eminente exigência de ligações até então inexistentes (p. 35).

BOFF (2002) descreve a crise como um momento de oportunidade, de crescimento, para estabelecer novos valores e realizar um processo crítico. Entretanto, no campo da Saúde Mental, ANDRADE et al. (2021) deixa claro que *“para a crise se tornar uma oportunidade é necessária uma assistência adequada”*.

Com subsídios da Clínica Psicossocial, o autor SILVA (2007) conceitua o fenômeno da crise psíquica como manifestações relacionais e sociais indissociáveis, que provocam ressonâncias e perturbações nos ordenamentos e normas coletivas. Segundo o autor, a emergência psiquiátrica, apresentada a partir dos comportamentos violentos, disruptivos e bizarros,

é fundamentalmente, aquilo que corresponde a uma perturbação psíquica que gera algum tipo de ressonância social importante. se a psicose não se apresentar sob esse formato disfuncional, ela não é problema para ninguém, a não ser talvez para o sujeito que vive essa estranha experiência (SILVA,2007, p. 52).

Apesar de o fenômeno da crise pertencer a todas as estruturas psíquicas, Pierra Aulagnier destaca ser fundamental a compreensão do fenômeno da psicose: “*Se não compreendermos a psicose, isso significa que não compreenderemos algo de essencial no funcionamento da psique em geral*” (AULAGNIER apud CASTORIADIS, 1999, p. 119). A justificativa pela teoria psicanalítica como guia vem da mesma autora quando esclarece que:

Dizer que a psicose faz parte do campo psicanalítico é dizer que os fenômenos psicóticos fazem sentido, é, portanto, colocar-se diante da formidável obrigação de fornecer sentido ao delírio que marca a “alienação”, o *estranhamento*, a separação do mundo comum (p. 118).

Ou seja, há um sentido nos fenômenos psicóticos, nos delírios e nas alucinações apresentadas por esses sujeitos, que são grandes enigmas para os que ocupam o lugar de analistas (referência técnica/terapêutica). Tratar a psicose como um funcionamento psíquico deficiente, em relação ao “padrão normal”, é desconsiderar o discurso que coloca o sujeito em cena e não compreender que a fala é uma experiência social, de trocas simbólicas, que opera na construção das relações, dos laços sociais e do processo de pertencimento do sujeito a uma sociedade e às suas contratualidades (sociais, religiosas, laborais, financeiras, subjetivas, entre outras).

Em concordância com CASTORIADIS (1999), a psicose configura-se nesse conflito de sentidos para o “EU” e de não sentidos para os outros:

É a criação de pensamentos delirantes, de pensamentos que contradizem o discurso do conjunto, isto é, as significações sociais, ou que não são coerentes com este – *mas* que fazem sentido para o sujeito, ainda que sejam a maior parte do tempo fonte de sofrimento para ele, e não somente em conflitos com que pensam os outros, mas com o que é *conhecido* pelo sujeito como fazendo sentido para os outros. Sempre há, de fato, na alma do psicótico, um cantinho que olha o resto e sabe o que faz sentido para ele e não faz sentido para os outros (cf. Percival) (p. 122).

LACAN (1985) descreve que a psicose se estrutura a partir da forclusão do significante Nome-do-Pai. Ou seja, não houve o registro da lei, essa que poderia carregar consigo

significantes capazes de funcionar como pontos de basta, como articuladores, como pontos nodais dos feixes de cadeias significantes

necessárias à constituição e ao exercício de um sujeito (KUPFER, 2000, p. 101).

O termo foraclusão, dentro do enfoque lacaniano, vai representar o que ficou excluído, isto é, o que não pôde ser simbolizado pelo sujeito e jamais poderá ser. Segundo QUINET (2000), para que o indivíduo possa apropriar-se dos significantes e exercer uma função de sujeito na ordem simbólica, é necessário haver inclusão do significante da lei (o Nome-do-Pai) no outro.

Destarte, o inconsciente é estruturado como linguagem, e o discurso é o que coloca o sujeito em cena. A experiência da linguagem, a partir da fala, promove um sistema de trocas simbólicas com sentidos compartilhados pela via do que está estabelecido como norma social. Há uma cadeia de atribuições de significação aos significantes. Todavia, para o psicótico, que não foi inserido no campo simbólico, há um furo desse sentido e uma complexa dificuldade no ordenamento do seu mundo interno (LACAN, 1985).

As fontes do sofrimento são as construções delirantes de mundo interno, que rompem com o mundo comum e com os contratos sociais, promovendo a desfiliação social, a dificuldade do pertencimento e a solidão do psicótico, que se embaralha na complexa tarefa do compartilhamento da linguagem e do sentido.

A clínica, nessa perspectiva, vai exigir uma adaptação ativa às necessidades desses sujeitos, através do vínculo, para que o psicótico possa experimentar algo que não lhe foi possível no seu desenvolvimento emocional primitivo. Trabalho que implica sustentar todo um vínculo de indiferenciação e alteridade, principalmente por meio da escuta e da criação de uma interlinguagem (SILVA, 2007).

Intensificação de Cuidados, Manejos Vinculares, Alteridade, Posição Orientada, Atendimento Domiciliar, Filiação Social, Secretariado do Alienado e Cuidado às Famílias são tecnologias de cuidado que se alinham com a proposta do modelo psicossocial, que podem ser acionadas no cotidiano dos serviços substitutivos, no território, nas práticas comunitárias e no domicílio dos usuários (SILVA, 2007; BRASIL, 2014).

### **3.2 Estratégias de manejo e desafios no atendimento à crise psíquica: contribuições para novas (velhas) tecnologias de cuidado**

*“É tarde, mas ainda temos tempo”*

*Anna Teixeira*

Operacionalmente, na organização da RAPS, para atender ao modelo da atenção psicossocial como proposta substitutiva às instituições manicomiais, serviços específicos e ações de cuidados foram recomendados para apoiar os sujeitos em crise. A estrutura de apoio e a estratégia de cuidado são, respectivamente, o CAPS TIPO III e a Hospitalidade Noturna (HN). A HN foi proposta com o objetivo de minimizar o uso dos leitos psiquiátricos, passando, inclusive, a fazer parte dos procedimentos de cuidados (RAAS-BPA) do CAPS e estando prevista na tabela SUS de procedimentos, conforme SIGTAP:

Ação de hospitalidade noturna realizada nos CAPS como recurso do projeto terapêutico singular, de usuários já em acompanhamento no serviço, que recorre ao afastamento do usuário das situações conflituosas, visando ao manejo de situações de crise motivadas por sofrimentos decorrentes de transtornos mentais, incluídos aqueles por uso de drogas, e que envolvem conflitos relacionais caracterizados por rupturas familiares, comunitárias, limites de comunicação e/ou impossibilidades de convivência, objetivando a retomada, resgate, redimensionamento das relações interpessoais, o convívio familiar e/ou comunitário. Não deve exceder o máximo de 14 dias.

Em momentos de rupturas, avaliados pela equipe como um processo de crise, o CAPS TIPO III tem como recurso a hospitalidade noturna, com possibilidades de receber e cuidar de alguém, de modo intensivo, 24 horas. Esse processo de HN abrange ofertas terapêuticas individuais e coletivas, avaliação médica, de enfermagem e da referência terapêutica.

Todavia, do ponto de vista legislativo, a internação psiquiátrica ainda segue prevista na Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, e na Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011:

I - enfermagem especializada para atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, em Hospital Geral, oferece tratamento hospitalar para casos

graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, *crack* e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

II - 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 oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas, em situações assistenciais que evidenciem indicativos de ocorrência de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica, sempre respeitadas as determinações da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, e sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem interrupção da continuidade entre os turnos. (Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011)

Apesar de propor a internação como último recurso e de impor alguns procedimentos auxiliares, tais como articulação do cuidado com o CAPS, cuidados de acordo com o PTS do usuário, internação de curta duração, critérios clínicos e de redução de danos, CRUZ et al. (2019) considera que:

(..) esse é um ponto de fragilidade da lei e, ao mesmo tempo, decisivo para Atenção à Crise. A fragilidade se deve ao fato de que a avaliação da suficiência ou insuficiência dos recursos é extremamente subjetiva, reforçando uma prática no campo da Saúde Mental e da psiquiatria da inexistência de critérios clínicos claros a respeito da necessidade de internação (p. 124).

A Política de Governo, quando opta pelo financiamento da internação psiquiátrica, tem consequências deletérias para os usuários da RAPS, na medida em que essa conduta retira o sujeito do circuito de cuidado psicossocial na Atenção à Crise, estabelecido no processo de desinstitucionalização e de substitutividade ao manicômio.

A implantação das práticas substitutivas que prescindem do leito psiquiátrico em Hospital Psiquiátrico cria uma tensão no jogo de forças entre o modelo psicossocial e o manicomial. Nos momentos de crise de um paciente, nos quais as ações rápidas e urgentes são requisitadas, é comum emergir o imaginário social encarnado no modelo hospitalocêntrico. A ausência de ofertas de ações, como a HN nos CAPS III, também contribui para o protagonismo do campo biomédico, cujo registro da crise coloca em evidência os sinais, a agudização dos sintomas e o rompimento com a suposta normalidade. Exige-se o diagnóstico, a psicofarmacologia e a supressão das manifestações patológicas, favorecendo a internação psiquiátrica como intervenção prioritária. (ZEFERINO, 2015).

Nesses casos, a incapacidade para atender à crise coloca em suspeição a oferta de resposta, resolutividade, organização, fluxos, qualificação da equipe e gestão. O pronto-socorro passa a ocupar lugar central da rede e transforma-se em importante analisador dos entraves, dos pontos críticos e das fragilidades dos serviços psicossociais. (DIMENSTEIN et al., 2012; JARDIM e DIMENSTEIN, 2007).

Os serviços e profissionais de saúde reconhecem as dificuldades no manejo da crise em Saúde Mental, e algumas pesquisas identificam marcadores importantes para a manutenção dessa situação:

1. ausência de serviços da RAPS que promovam a oferta de Hospitalidade Noturna, falta de estrutura, de diretrizes e gestão adequadas e resolutivas na RAPS (DIMENSTEIN et al., 2012; OLIVEIRA e SILVA 2017; PEREIRA et al., 2019; OLIVEIRA et al., 2018; SILVA e DIMENSTEIN 2014; ANDRADE et al., 2021);
2. quantitativo e formação profissional inadequada/insuficiente para lidar com pacientes em sofrimento psíquico intenso (CARVALHO et al., 2020; PIMENTA e BARROS 2019; PEREIRA et al., 2019; OLIVEIRA e SILVA 2017); e
3. ausência ou fragilidade da clínica psicossocial e dos processos de cuidado durante e pós-crise desses usuários, de sua família e da comunidade (DIMENSTEIN et al., 2012; OLIVEIRA e SILVA 2017).

Tais marcadores reforçam uma simplificação conceitual e técnica da crise, e a suposição fantasiosa de que o ambiente hospitalar possui recursos extras para prover cuidados, quando, na verdade, é composto essencialmente por profissionais médicos, enfermagem, paredes e portas trancadas.

No que diz respeito à atenção à crise na perspectiva psicossocial, a intensificação de cuidados desponta como ferramenta de trabalho primordial, como estabelece conceitualmente SILVA (2007):

Por “intensificação de cuidados”, compreende-se um conjunto de procedimentos terapêuticos e sociais direcionados ao indivíduo e/ou ao seu grupo social mais próximo, visando o fortalecimento dos vínculos e a potencialização das redes

sociais de sua relação, bem como o estabelecimento destas nos casos de desfiliação ou forte precarização dos vínculos que lhes dão sustentação na sociedade. De caráter ativo, a “intensificação de cuidados” trabalha na lógica do “um por um” e pretende colher o indivíduo no contexto de sua vida familiar e social, estabelecendo um diagnóstico que respeite a complexidade de cada caso em suas peculiaridades psíquicas e sociais (p. 40).

Os autores ANDRADE et al. (2021) também destacam a importância da Intensificação de Cuidados em momentos de crise e sinalizam que:

1) as crises e os fenômenos de desagregação psíquica e ruptura de laços não são exclusivos da psicose; e 2) a intensificação é útil nos casos de grande complexidade, nos quais o sofrimento psíquico é agudizado por condições precárias de existência (...) e, por vezes, ausência de redes sociais informais de apoio, considerando a perspectiva de construção de vínculos sociais como prioridade terapêutica no plano de atenção e cuidado.

SARACENO (2001) descreve alguns pontos primordiais de uma equipe integrada e, automaticamente, favorável à transformação positiva do sujeito em crise ou fora da crise:

- Comunicação clara e não contraditória;
- Distribuição de poder;
- Importância dos conhecimentos, da afetividade e da responsabilidade;
- Discussão e planejamento do trabalho;
- Socialização dos conhecimentos; e
- Autocrítica e avaliação periódica.

A postura do profissional deve ser baseada fundamentalmente na postura de suporte – suportar essa condição seria afirmar a realidade do acontecimento da crise, no sentido de sustentar sua força destrutiva para que ela encontre destinos mais criativos para o sujeito.

Essas tecnologias do cuidado vão exigir o processo de territorialização do caso e equipes impulsionadas pelas práticas psicossociais na comunidade, no domicílio e no cotidiano do CAPS. Entretanto, o CAPS, apesar de ser referência territorial de uma região adscrita, ainda produz práticas engessadas de cuidado, de caráter institucional, com horários, rotinas e fluxos estabelecidos a partir de uma lógica que mais atende ao serviço e aos trabalhadores do que aos usuários e seus familiares. Em seus

“cardápios”, os CAPS oferecem poucas produções na comunidade e na vida das pessoas, contrariando todo o contexto teórico discutido acima.

A ausência de uma rede psicossocial que produza diálogo entre os serviços e responsabilização pelo usuário promove um círculo vicioso do sujeito entre seu território, o CAPS e o Pronto-Socorro Psiquiátrico. LANCETTI (2014) expõe como os CAPS têm se acomodado em práticas repetitivas, fazendo com que os pacientes se adaptem a uma rotina burocrática e se “encaixem”, independentemente das suas demandas, às ofertas existentes no serviço. O autor ainda descreve como os profissionais selecionam os pacientes de acordo com seus saberes terapêuticos, adaptando-os às suas especialidades. No mesmo sentido, MERHY (2007) reflete acerca dos desafios e conflitos que os CAPS e seus trabalhadores vivenciam cotidianamente por ocuparem o lugar do manicômio e, ao mesmo tempo, terem que ofertar práticas alegres, contagiantes no território vivo desses sujeitos.

Segundo MERHY (2007), os profissionais, em geral, possuem uma agenda significativa de cuidados a cumprir com os usuários nos âmbitos coletivo e individual. Ao mesmo tempo, observa-se *“um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva”* (p. 8). Esses fatores podem se desdobrar em entraves para a construção e o fortalecimento de uma rede social e de suporte para os usuários, pois se distanciam do contexto real dos sujeitos, dos seus territórios de circulação e de vida.

Para SILVA (2007), os profissionais precisam estar nos itinerários de vida do usuário, perguntar quem é quem, o que faz cada um, quantos são e onde estão as pessoas que consideram como família, rede social e de apoio. É preciso fazer o mapeamento da rede familiar e social: quem são as pessoas que mais contribuem, quem são as que “complicam” a situação e em quais momentos se pode contar com quem. É comum que as relações diárias sejam estabelecidas com os familiares mais próximos, como pai, mãe, irmãos, todavia, em momentos de crise, outros atores são acionados por ofertarem melhores manejos. Em outros momentos, o dono da padaria, do bar, o moço do açougue operam como depositários de toda a angústia do sujeito. Isso vai exigir que o CAPS e os trabalhadores estejam apropriados do território, tecendo e ampliando

articulações setoriais e intersetoriais, desburocratizando os processos cotidianos do serviço, estabelecendo novas rotinas e garantindo espaços coletivos de discussões nas equipes (MERHY, 2007).

Quando o CAPS opera segundo a lógica biomédica, a resposta à crise se dará na mesma medida pela equipe. Ao compreender a crise como uma desfiliação social proveniente de laços sociais inexistentes ou rompidos, as equipes estarão atentas para as manifestações que resultam, muitas vezes, em delírios, alucinações e paranoias, como recursos psíquicos de sobrevivência ao estado de normalidade imposto socialmente. Certamente, outras articulações e ofertas serão realizadas com a RAPS existente em cada município, rompendo com padrões cronificados, supostamente terapêuticos, como o itinerário de CAPS/Pronto-Socorro/Hospital Psiquiátrico, que focará apenas na supressão dos sintomas e no aspecto individual do usuário, desconsiderando seu território de vida e suas relações sociais.

## CAPÍTULO 4 - A EXPERIÊNCIA COMO METODOLOGIA: NARRANDO CAMINHOS, COSTURANDO HISTÓRIAS

*“A prática é a teoria em ação”*

*Marcus Vinicius Oliveira e Silva*

As narrativas nas Ciências Sociais em Saúde vêm despontando, nas últimas décadas, como importante estratégia de pesquisa, desconstruindo a solidez positivista e de neutralidade entre pesquisador e objeto pesquisado no campo epistemológico. Segundo os autores ONOCKO-CAMPOS e FURTADO (2008, p. 1091), no cenário de pesquisas sanitárias, *“abordagens metodológicas tradicionais não têm sido suficientes para compreender os dilemas e impasses dessas novas práticas de saúde”*. Ao inserir em sua análise a cultura, a ação social e a experiência pessoal, as narrativas alinham-se aos princípios da saúde coletiva e promovem espaços de críticas e reflexões relativas ao modelo hegemônico biomédico de cuidado, a patologização e a medicalização das questões sociais e da vida. (ONOCKO-CAMPOS, 2011).

As narrativas preservam a capacidade de identificar transformações, continuidades, hegemonias e rupturas sociais, nomeando os limites impostos por alguns estilos de pensamentos e racionalidades (clínica, modelo biomédico, positivismo, etc.), e de buscar a integralidade no cuidado e na formação em saúde de modo mais abrangente. (CECCON et al., 2022, p. 43)

A partir dessas considerações, como estratégia metodológica e conceitual, este trabalho optou pelo estudo narrativo em pesquisa qualitativa em saúde. A partir das narrativas de itinerários profissionais vivenciados na Atenção à Crise em Saúde Mental, em distintos cenários sócio-político-culturais do Brasil, compreendeu-se que os estudos narrativos contribuiriam para melhor investigar, compreender, interpretar e (res)significar o tema da crise e das tecnologias de cuidado disponíveis no modelo psicossocial. Os quatro itinerários de cuidado narrados a seguir dizem respeito às minhas experiências biográficas na assistência e na gestão em saúde mental:

- Estagiária nos programas docentes-assistenciais PIC (Programa de Intensificação do Cuidado a Pacientes Psicóticos) e PADAC (Programa de Atenção Domiciliar à Crise);
- Psicóloga da Saúde Mental na Atenção Básica no sertão baiano;
- Apoio Técnico em Saúde Mental e Coordenadora da Saúde Mental nas cidades da Região Metropolitana de São Paulo.

O estudo narrativo é considerado um ato relacional entre quem narra e o contexto cultural em que foram produzidas as histórias e interações. O objetivo é transformar o cenário presente por meio de fragmentos de histórias que não necessariamente obedeçam a um tempo cronológico e linear, mas que façam emergir momentos fortuitos, brechas e vestígios que permitam a reconstrução da experiência, de novos sentidos e significados. (BENJAMIN, 2014; CASTELLANOS, 2014, CECCON et al., 2022).

(...) a narrativa se configura como uma possibilidade de construir realidades a partir das experiências indissociáveis à trama coletiva. A narrativa não expressa apenas dimensões importantes da vida, mas possibilita a construção da realidade durante o ato de narrar. Além disso, prioriza o diálogo, de natureza relacional e comunitária, na qual a subjetividade molda o discurso. (CECCON et al., 2022, p.40)

Há na abordagem narrativa uma ciência que busca interpretação e análise, com apostas teóricas, éticas e políticas dentro de um contexto cultural. Narrar, a partir de uma perspectiva biográfica, é um modo de contar as experiências pessoais como instrumento de pesquisa e cuidado, “*produzindo subjetividades, conhecimento e possibilidades terapêuticas*” (CECCON et al., 2022).

O termo cartografia aqui aplicado é estabelecido a partir do conceito de DELEUZE e GUATARI (1995), quando se trata de um processo e não de um objeto em si. Esse processo precisa estar intrinsecamente ligado ao pesquisador, fazer parte de um território existencial, seja em construção ao longo da pesquisa, seja já existente no cotidiano do autor. Não há espaço para olhar distante, raso. Faz-se necessária a vivência subjetiva, trazendo, muitas vezes, implicações ao método pela suposta falta de distanciamento do pesquisador e sua pesquisa, como exposto acima.

O esforço de atrelar memória, experiência e subjetividade a um campo teórico-científico não é tarefa fácil. Como salientam FRANCO e MERHY (2013):

A subjetividade é social e historicamente construída, e agenciada com base em acontecimentos, encontros, vivências múltiplas, que um sujeito tem na sua experimentação e interação social (p. 163).

Exige despir-se de um academicismo culturalmente rígido em seus números e análises, ao mesmo tempo que expõe, sem quaisquer filtros, o autor dessa narrativa. O autor é, ao mesmo tempo, quem escreve e quem analisa, sob luz da ciência, a si próprio, sua trajetória e seu caminho. Seu experimento pessoal está posto à prova desde a primeira linha, vírgula, sem margem para erro ou lapso de algum fato, observação, revisão ou reconhecimento dos atos. Não se trata de uma simples descrição de histórias. A narrativa exige vivência, implicação e subjetividade.

A narrativa passa a ser um decalque entre a biografia escrita e a autobiografia relatada. Segundo DEROSI et al. (2021):

Essa lógica de produção do conhecimento, tanto em termos do protagonismo do sujeito como em razão dos modos de organização discursivo, tensionam e propõem críticas latentes às formas hegemônicas de se fazer ciência, propondo outros itinerários com relação ao encontro teoria e prática e a autonomia do pesquisador. (...) Portanto, as histórias narradas podem ser transformadas em conhecimento, à medida que são refletidas de forma ética, articulada com os micro e macrocosmos sociais (p. 124).

O pesquisador JOSSO (2006) eleva a importância desse método, destacando que os sujeitos de pesquisa indubitavelmente passarão por um processo de reflexão no qual será possível perceber o quanto sua formação está intrinsecamente ligada às suas representações e seus comportamentos, a sua construção interna de sujeito, desdobrando em importantes reflexões sobre o fazer cotidiano.

A narrativa com sua escrita propõe uma quebra da impessoalidade e demarca a implicação entre os sujeitos e os objetos, sem com que se olvide do rigor teórico-metodológico da pesquisa, uma vez que aquela escrita representa a complexidade das teias relacionais e do encontro das distintas narrativas, que se intercalam e se transformam no processo de diálogo, e que se critica a ideia de uma pretensa neutralidade. O que é narrado não necessariamente é o que aconteceu, mas oferece uma possibilidade de pensarmos recortes e as seleções realizadas em torno daquela história, quando se reconhece a potência de se refletir a perspectiva do indivíduo no coletivo. (p. 125).

Neste trabalho, os itinerários caminhados e narrados estão carregados de experiências que trouxeram dúvidas, angústias, incertezas sobre como operar tecnologias de cuidado estabelecidas nos manuais, guias, compêndios. Muitas vezes, esses episódios eram acalmados com a luz da teoria. Em outras ocasiões, eram embaralhados por uma literatura distante da realidade das pessoas, das suas comunidades, dos modos peculiares que operam suas vidas. Como já foi posto anteriormente: “*os mapas não são os territórios*”. Muitos caminhos alicerçados no empirismo fizeram nascer novas reflexões, novas invenções e novas costuras teóricas entre Psicanálise, Sociologia, Psicologia, Filosofia e tantos outros saberes. As linhas entre o que se lê e o que se faz ora se sobrepõem, ora correm separadas no trabalho vivo em ato, um processo de infinita retroalimentação. A autora CORACINI (2018) retrata bem esse embaraço entre o que se narra no campo conceitual e os percalços encontrados nesses caminhos:

Há uma separação entre a areia fina das imagens narrativas (claro, infletidas de conceitos) e o campo conceitual repleto de pedregulhos. Um conceito ou ideia em rodapé fala de alguma coisa. Ao mesmo tempo, as imagens narrativas fazem ver outra coisa. E, enfim, aquilo de que os conceitos (maquinaria pesada) tratam, está literalmente sob aquilo que as narrativas fazem ver. (...) Frequentemente os conceitos em rodapé falam de alguma coisa e as narrativas fazem ver outras, em desencaixes. O conceito se ergue no ar, ao mesmo tempo em que a imagem narrativa que vemos afunda-se cada vez mais, aterrando. Ou ainda: ao mesmo tempo que esses conceitos em rodapé se erguem no ar, aquilo de que eles falam, episodicamente, afundam-se nas imagens narrativas (p. 13).

Como apontam LAMBERTUCCI et al. (2018), narrar a sua própria história, a sua própria experiência é uma oferta à reconstrução desse caminho e à produção de novos sentidos. Abre-se a oportunidade de um diálogo entre o que se viveu e os sentidos atribuídos a essa vivência a partir da narrativa, sendo incessantemente atravessada pelos processos de reflexões e provocações. Só o narrador consegue este feito: narra, questiona, interroga, ressignifica, intervém, reconstrói.

As narrativas deste trabalho retratam uma cartografia viva realizada pela própria autora, enquanto assistência e gestão, sob o olhar atento da Atenção à Crise, através de histórias de vida, relatos de casos, impressões subjetivas, afetivas, constituindo, ao mesmo tempo, um espaço de reflexão, ensino-aprendizagem e de abordagens técnicas.

Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (CABRAL et. al 2011, p. 4434).

Embora sejam narrados itinerários profissionais, neste estudo, utiliza-se o termo “itinerário de cuidados” por retratar experiências em saúde a partir da construção do cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, sob a perspectiva do campo assistencial e da gestão. As dimensões sociais, políticas e culturais envolvidas nos quatro processos foram retratadas com o objetivo de compartilhar conhecimentos, desafios e obstáculos na atenção à crise em saúde mental dentro de uma perspectiva psicossocial. A narrativa dos itinerários evidencia a potência de avaliar o campo sanitário a partir de cada território, as tecnologias de cuidado psicossociais disponíveis, os percursos teóricos e técnicos utilizados nas diferentes lógicas e os conflitos e construções subjetivas em cada análise conceitual e prática.

A construção das narrativas, em itinerários teórico-metodológicos, possibilitou apreender conceitos e práticas que expressam diferentes lógicas no campo do cuidado em Saúde Mental, através das quais os princípios da RPB e do Modelo de Atenção Psicossocial puderam ser questionados. Como resultado, produziu um estudo avaliativo dos conceitos, tecnologias de cuidados e das respostas ofertadas pelos municípios na atenção à crise.

A seguir, serão apresentados os quatro itinerários de cuidados a partir de narrativas:

- *Atenção Domiciliar como Tecnologia de Cuidado à Crise: Os itinerários percorridos no Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC) e no Programa de Atenção Domiciliar à Crise (PADAC):* enquanto estagiária dos programas docentes-assistenciais, buscou narrar os itinerários de cuidado na cidade de Salvador, apresentando a Atenção Domiciliar como Tecnologia de Cuidado sofisticada e potente na atenção à crise aos pacientes psicóticos graves;
- *O Sertão Baiano e as Tecnologias de Cuidado Comunitárias:* Enquanto Psicóloga do NASF em um pequeno município do sertão baiano, a narrativa elucida as dificuldades em promover o cuidado em saúde mental nas cidades com baixo contingente populacional e rede de saúde ínfima, mas extensa área territorial, que não atendem às prerrogativas para implantação de políticas públicas. Por outro lado, apresenta a potência da territorialização do cuidado

através da Atenção Básica e da Atenção Domiciliar como recursos primordiais nos momentos de crise psíquica dos usuários.

- *A Cidade Grande e seus duros Arranjos Psicossociais*. No campo da gestão, enquanto Apoio Técnico da Coordenação da Saúde Mental e Coordenadora de Saúde Mental, em municípios distintos, os contextos narrados apresentam que o desafio na atenção à crise em saúde mental persiste mesmo em municípios com vasta rede implantada. A dificuldade conceitual e operacional para o tema da crise não se modifica, na assistência ou na gestão, embora sejam desafios com focos diferentes de atuação. Dois pontos importantes de destaque neste item são a conjuntura da política nacional de saúde mental e seus desdobramentos na implantação, habilitação e fortalecimento da RAPS e as dificuldades da Atenção Básica no cuidado às pessoas com sofrimento psíquico.

Além disso, para melhor compreensão, cada narrativa foi dividida em três atos:

- Contextualização do momento histórico em que a experiência é realizada, conjuntura política nacional da saúde mental, descrição do município, da rede de saúde e do cargo ocupado (estudante, profissional, gestora);
- Discussão teórica a partir dos pressupostos da clínica psicossocial;
- Execução dos aportes conceituais e das tecnologias de cuidado utilizadas na prática, através de caso clínico, fluxo realizado ou protocolo implantado.

A partir desse contexto, este trabalho pretendeu delinear pistas teóricas e metodológicas que contribuam para o campo de pesquisa das ciências da saúde, especificamente, da saúde mental, a partir das narrativas. Ao mesmo tempo, espera-se ter suscitado de forma conceitual e técnica a discussão do tema da crise em saúde mental, haja vista o quanto a literatura sobre esse tema é incipiente e o quanto ainda é desafiador para a RPB operar o cuidado psicossocial nesse contexto.

## **CAPÍTULO 5 – ITINERÁRIOS DE CUIDADOS: EXPERIÊNCIAS DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL**

*“Onde se cuida?*

*Onde as pessoas vivem e fabricam suas redes de existência.”*

*(MERHY, 2012)*

### **5.1 Atenção Domiciliar como Tecnologia de Cuidado à Crise: Os itinerários percorridos no Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos (PIC) e no Programa de Atenção Domiciliar à Crise(PADAC)**

O Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos – PIC (2004-2008) e o Programa de Atenção Domiciliar à Crise – PADAC (2008-2013) tiveram caráter docente-assistencial, ambos ocorridos em Salvador-BA, sob coordenação do professor e psicólogo Dr. Marcus Vinicius Oliveira. Os projetos utilizaram da Atenção Domiciliar, por intermédio das relações vinculares entre estagiários e usuários, para propor atendimento qualificado, com fomento ao processo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e aos princípios do SUS. Estive como estagiária no último semestre do PIC (2008) e no primeiro semestre do PADAC (2008), contribuindo para a construção e o início do projeto.

Essas experiências foram decisivas não somente ao meu processo de formação, mas de todos os estagiários que vivenciaram intensivamente a proposta da disponibilidade que exige a Clínica Psicossocial e de imersão nas bases conceituais da intensificação de cuidado, presença orientada, manejo vincular, escuta qualificada, transferência, cuidado à família, clínica da psicose, exclusão social e pertencimento, delírio e as estruturas psíquicas, desfiliação social e psicose, acompanhamento terapêutico, Atenção Domiciliar, entre outros.

A proposta surge a partir do tema da internação como retaguarda para os momentos de crise na Clínica Psicossocial das Psicoses, conforme esclarece SILVA (2007), autor dos projetos:

O lugar do recurso à internação talvez seja hoje o ponto central do debate ideológico da Reforma Psiquiátrica. Todo mundo é a favor de modernização dos serviços, todo mundo é a favor de serviços que atendam mais integralmente, todo mundo é a favor de criar acessibilidade dos pacientes ao serviço. A grande questão que pega no debate da Reforma Psiquiátrica é quando a gente tem de precisar se a nossa Reforma Psiquiátrica é uma Reforma que substitui a internação, se tem a vocação de ser substitutiva à internação, se tudo isto que estamos fazendo, se todo este aparato institucional irá substituir a internação ou se o Hospital Psiquiátrico ou a ideia de leito hospitalar vai continuar operando como um conceito fundamental da Reforma (p. 15).

O PIC – Programa de Intensificação de Cuidados a Pacientes Psicóticos teve início em janeiro de 2004, por meio de uma parceria do curso de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (UFBA) com o curso de Terapia Ocupacional da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública (EBMSP). Como apontam SILVA et al. (2010), o PIC tinha como proposta:

(...) habilitar pessoas para serem futuros operadores de saúde mental, emprestando seu poder contratual e trabalhando como mediadores dessas tensões, investindo “na produção de novos espaços de sociabilidade, criando dispositivos coletivos de acolhimento e convivência através da ‘grupalização’ dos sujeitos bem como dos seus familiares, apostando no poder do vínculo social como um elemento fundamental (p. 888).

Estudantes de graduação, em dupla, sem qualquer conhecimento no campo da Saúde Mental, sobre psicose ou reforma psiquiátrica, vivenciariam por seis meses uma experiência de atuação clínica numa perspectiva ampliada, tratando a psicose como um fenômeno psicossocial, a partir do “*debate entre a intensificação de cuidados e a necessidade do internamento*” (SILVA et al. 2010, p. 886) em momentos de crise (agudização dos sintomas), no domicílio de sujeitos com histórico de internação psiquiátrica ininterrupta, nas áreas mais periféricas e vulneráveis de Salvador-BA.

Entre as atividades oferecidas pelo programa, destacam-se na reflexão de SILVA (2010):

atendimentos sob a forma de Atenção Domiciliar, acompanhamento terapêutico (AT), organização de espaços de convivência e sociabilidade – a exemplo de grupos, comemorações festivas e passeios, apoio aos familiares (Atenção Domiciliar e reuniões mensais) – e suporte às

necessidades individuais, como acompanhamento a consultas psiquiátricas em um hospital especializado em saúde mental em Salvador, assessoria no encaminhamento de documentações, benefícios e questões jurídicas. Esses componentes ofereciam compreensão sobre os sujeitos e os diversos contornos que a psicose apresenta, dando suporte para possibilitar seu estar no mundo; sobre as suas relações familiares e sociais; **introduziram o sujeito no mundo das relações, apresentando à sociedade e/ou ampliando suas possibilidades de trânsito pela cidade** (p. 889).

O processo de cuidado era ininterrupto, sem férias para quem estava saindo ou chegando ao PIC, visto que esse momento de transição de estagiários era de suma importância, por haver um rompimento vincular que poderia desencadear um quadro de crise no usuário. Atentos a esse fato, as duplas que realizavam o acompanhamento apresentavam os novos estagiários e faziam essa “*passagem*” de forma processual, saindo do lugar de protagonistas, ocupando os bastidores até a despedida, marcada sempre com um passeio, uma atividade cultural ou de lazer.

Muitas atividades eram realizadas de forma coletiva, organizada entre os estagiários, usuários e suas famílias. Quando o usuário sugeria uma atividade, as tarefas eram divididas, estabelecendo local, dia, horário, pontos de encontro, caronas, passagem de ônibus, lanches. Foram muitos lugares: praias, parques, cinemas, shopping, museus. Emprestávamos nosso lugar social para que esses usuários pudessem ter o sentimento de pertencimento à cidade em que nasceram, mas que os excluiu devido às suas condições psíquicas e sociais. Pela primeira vez, muitos foram ao teatro, a um musical, vivenciaram o pôr do sol na praia, visitaram os pontos turísticos da capital baiana. Não se tratava de qualquer atividade de lazer. Havia uma construção subjetiva coletiva e social nesses encontros.

Desse modo, ampliávamos o repertório social, a contratualidade, o protagonismo, a apropriação da cidade e de outros modos de estarem no mundo para além da marca da loucura. O estagiário exercia o papel de “Secretário do Alienado”, termo atribuído por LACAN (1955-1956) numa referência ao manejo na psicose em se fazer ativo frente à fala do psicótico, atento aos processos de transferência. Como esclarece MEYER (2008), secretariar vem dizer sobre a posição do analista em acolher a produção delirante do psicótico, possibilitando um lugar de existência e de sentido menos invadido dessa fala e, portanto, menos sofrido, construindo seu lugar e posição de sujeito. Estar nesse lugar exige renúncia ao suposto saber, ciente de que nessa relação

quem sabe é sempre o alienado. “Ser mero” era o propósito e o desafio na Clínica das Psicoses, apontado nas supervisões do Prof. Dr. Marcus Vinicius.

Outro ponto importante nas supervisões era a compreensão da crise, principalmente quando o ataque físico ou verbal era direcionado ao estagiário. Além de recorrer à teoria, éramos instigados a fazer uma releitura minuciosa dos fatos, observando nossa postura e disposição para o sujeito. Era assertivo como nenhum ataque do usuário era nulo de sentido e significados. Se ousássemos sair da posição orientada, lá estava o usuário para nos (re)posicionar e ensinar sobre essa complexa clínica.

### **5.1.2 Clínica Psicossocial das Psicoses e Atenção à Crise: Teoria e Técnica nos domicílios soteropolitanos**

A Clínica da Psicose diz sobre um tempo e um saber que não são nossos, exige paciência e disposição, cobra-nos teoria e técnica. Lembro de um caso que acompanhei que me exigia pegar dois ônibus e ainda caminhar por alguns minutos. Minha dupla de estágio morava na Região Metropolitana de Salvador e fazia um trajeto longo. Encontrávamo-nos em um ponto em comum e íamos caminhando, tecendo ideias, propostas, proposições, atividades, elucubrações de como encontraríamos a usuária e seu familiar. Muitas vezes, a usuária não abria o portão, mesmo nos ouvindo chamar. Voltávamos ao ponto de ônibus, às nossas quase duas horas de trajeto, de volta para casa, mas cientes de que tínhamos nos colocado à disposição, criando uma repetição da presença, propósito fundamental para o vínculo.

Inicialmente, essa usuária nos recebia em seu quarto, coberta da cabeça aos pés com uma grossa coberta, com 40° que fazia na cidade de Salvador. Sentávamos ao seu lado, a tarde toda, volta e meia repetindo que estávamos ali. Nas primeiras tardes, mudez. Depois de alguns encontros, grunhidos. Aos poucos, menos coberta e mais corpo. Assim, à medida que se desenrolava desse cobertor, um pedacinho de corpo e de sujeito eram apresentados para nós. Uma palavra começava a surgir aqui, outra ali. Logo vieram as frases, as perguntas, os interesses, as curiosidades.

Após dois longos meses, já estávamos sentadas na sala e descobrindo possibilidades de intervenção. Ela queria aprender a cozinhar e, em contrapartida, ensinar-nos-ia a

fazer fuxico<sup>4</sup>. As tardes se alternavam entre a cozinha, com deliciosas receitas, e a sala, com a produção dos fuxicos.

Em algumas tardes, o portão não se abria, mas, aos poucos, a teoria ocupava o lugar da frustração, fazendo-nos compreender a complexidade e a sutileza dessa clínica. Muitas mediações com seu familiar, que apresentava desapontamento por sua filha ter um funcionamento psíquico que não corresponde aos padrões atribuídos à normalidade. Nesse processo, a usuária começou a ir aos passeios do grupo. Foi inserida no CAPS. Iniciou as atividades terapêuticas e os grupos coletivos de artesanato, em que seguia com destaque. Finalizamos o estágio com um passeio proposto por ela, para nos apresentar a feirinha do seu bairro e o famoso acarajé gigante, de que tanto falava nos encontros na sua casa.

Estas são as sutilezas dessa clínica: a transferência, a repetição da presença, até que se faça o vínculo, as delicadas intervenções, a escuta, o acolhimento, os sentidos aos delírios, o suporte familiar, o cuidado domiciliar, a grupalidade e ampliação do repertório social, a ampliação da rede de cuidado, o protagonismo e a produção de autonomia, a presença orientada e o secretariar.

Durante quatro anos e meio, o PIC acompanhou extensivamente e intensivamente 40 pacientes, capacitando 111 estagiários, sendo 67 deles de Psicologia, 41 de Terapia Ocupacional e 3 estudantes de Medicina. Ao final, 37 pacientes com históricos de repetidas internações, com uma carreira manicomial cronificada, tornaram-se estabilizados, com vínculos mais fortalecidos e uma rede de cuidado mais ampla, através do matriciamento. Eram notórios a melhoria na qualidade de vida, o protagonismo e a autonomia nas suas comunidades, a ampliação da contratualidade e do repertório social e a organização dos arranjos familiares. (SILVA, 2007; SILVA et al., 2010).

Com o fim do PIC, outro projeto docente-assistencial é desenhado: o PADAC – Programa de Atenção Domiciliar à Crise foi desenvolvido a partir do Laboratório de Estudos Vinculares e Saúde Mental (LEV), do Instituto de Psicologia (IP) da

---

<sup>4</sup> O fuxico é uma técnica artesanal em que há o reaproveitamento de retalhos de tecido. O retalho é recortado em formato circular e suas extremidades são alinhavadas.

Universidade Federal da Bahia (UFBA), em parceria com o Centro de Atenção Psicossocial Osvaldo Camargo, realizado na cidade de Salvador-BA. Tinha o mesmo propósito do PIC, no sentido de capacitar os alunos de Psicologia para o campo da Atenção à Crise, dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e do SUS.

Sendo concebido como projeto de estágio docente-assistencial em agosto de 2008, o PADAC partiu do pressuposto que a crise, em Saúde Mental, é um momento delicado para o paciente, para a família, e se torna complexa também para muitos serviços. Como *lócus* de atuação, emerge o domicílio, compreendido desde a centralidade que ocupa no entorno social onde os sujeitos constroem suas identidades, suas problemáticas, suas redes de relações sociais – determinantes do desencadeamento das crises e potencial para produção de sua estabilização, a partir dos adequados manejos vinculares.

Os objetivos do programa concorriam para o desenvolvimento de tecnologia inovadora de cuidado em Saúde Mental voltada não somente para a abordagem de pacientes psicóticos em crise, mas, também, para a preparação de recursos humanos efetivamente capazes de lidar com a crise de modo resolutivo, para a oferta de atendimento qualificado sintonizado com as necessidades complexas dos usuários e, desse modo, para fomento ao processo da Reforma Psiquiátrica, na medida em que apontava para o aprofundamento da desinstitucionalização.

O sujeito em crise era encaminhado aos estagiários pela equipe do CAPS, no momento da reunião técnica que frequentávamos para a discussão dos casos. Os estagiários, então, estudavam os prontuários e, posteriormente, entravam em contato com a família, marcando o atendimento domiciliar. A partir desse momento, em dupla, o trabalho da construção do vínculo, da oferta do suporte psicossocial à família, da intensificação do cuidado, da escuta qualificada e da presença orientada adentrava a casa dos sujeitos e seu entorno social. Esse é um ponto importante, inclusive, para a identificação das distintas necessidades e das fontes tensionadoras para o evento da crise.

Muitas vezes, necessitava-se de uma visita, duas, três por semana, a depender da demanda, ou toda semana, por muitos meses, para que o sujeito “autorizasse” ao menos a presença da dupla. Um exercício de delicadeza e sutileza diário. Atendimentos intensos. A crise se fazia nesse cenário, e as nossas intervenções igualmente. Nosso trabalho se finalizava quando o sujeito se encontrava “fora do estado de crise”, com recursos psíquicos menos fragilizados, sendo matriciado novamente no CAPS ou em outro dispositivo de cuidado da rede para seguimento do cuidado.

Muitos estagiários iniciavam o programa com mínima ou total ausência de conhecimentos acerca da Clínica Mental, construindo e consolidando um percurso formativo ao longo dos seis meses. Com o passar dos meses, era perceptível a distância da abordagem técnico-teórica dos profissionais do CAPS e dos estagiários, gerando embates e pontos de tensão. Como metodologia, eram necessários: postura para o manejo das múltiplas transferências, supervisão semanal com foco na superação dos “limites relacionais” apresentados pelos estagiários e pela equipe do CAPS, devolução semanal da evolução dos casos para a equipe do CAPS e preenchimento de RAAS específico para o PADAC.

Quanto aos resultados, ao final do programa, em agosto de 2013, o PADAC teve 60 famílias e 70 pacientes em crise atendidos e 38 estudantes de Psicologia aptos ao trabalho em Saúde Mental. Quanto aos usuários, através do cuidado no domicílio, foi possível fortalecer os vínculos, orientar a família e o entorno a lidar com os sintomas expressos dos sujeitos, ampliação do suporte familiar e social, destensionamentos das relações deflagradoras da crise paciente-família-comunidade. Em 2013, o PADAC foi escolhido pelo Laboratório de Inovações em Atenção Domiciliar, uma parceria entre OPAS e Ministério da Saúde, como uma das dez melhores experiências em Atenção Domiciliar no Brasil e a única em Saúde Mental.

O PADAC aponta como a Atenção à Crise exige preparo dos profissionais nesse campo de atuação, problematiza a intensificação do cuidado *versus* a institucionalização do cuidado, além do rematricamento como religamento dos usuários e familiares às instituições, possibilitando a continuidade do cuidado. Conforme BRASIL (2014):

Enquanto tecnologia de cuidado, o PADAC pretende que os estagiários colaborem de forma efetiva com a lógica do CAPS, oferecendo um suporte para o enfrentamento das situações de crise (agudizações) dos pacientes, por meio de um investimento mais intenso, envolvendo o domicílio como *locus* de cuidados e como ponto de suporte para fortalecimento das relações familiares e das redes sociais. A ideia, então, é a de que pacientes que “não aderem ao tratamento” – quer dizer, que eventualmente tenham vínculos frágeis com o CAPS, ou, aqueles que, por desorganização excessiva, não tenham condições ou não estejam suportando frequentar o serviço – possam ser abordados em sua residência durante o período de crise (p. 137).

O trabalho exercido no PADAC pelas duplas de estagiárias utilizava as tecnologias de cuidados psicossociais e o arcabouço teórico no exercício da Clínica Psicossocial das Psicoses, como é possível conferir no caso clínico descrito abaixo.

### **5.1.3 Atenção à Crise ao “Sr. A”: operando conceitos no olho do furacão I**

O caso do “Sr. A” nos ensinou sobre a loucura, a solidão e a desfiliação social. Sujeitos apartados do meio social, familiar e comunitário, sem redes de amigos, sem compartilhamento de suas angústias, desejos, ansiedades, sonhos. Resta ali um cantinho na casa, um quarto no fundo, um anexo, um puxadinho, quase sempre em condições precárias, para o isolamento desse membro familiar. Alguns contatos apenas para promoção do básico da vida: vestimenta, comida, medicação. Renovações automáticas de receitas, sem a presença do usuário. Por vezes, nenhuma visita dos serviços de saúde. Sua loucura não produz ruídos, conflitos, ressonâncias sociais, então não chega aos serviços, não é necessário acionar ninguém. Há uma crise sendo vivida por anos, silenciosa e silenciada. Dificilmente, esses sujeitos chegam aos serviços ou os serviços sabem desses sujeitos.

O “Sr. A” não saía do seu quartinho anexo à casa das sobrinhas há exatos 24 anos. Os familiares acionaram o CAPS devido à dificuldade de continuar a renovar as receitas com um “conhecido” da família, que realizava esse feito por anos, mas estava de mudança. O tipo de medicação era a mesma desde que havia sido internado pela última vez (em 2001, e já havia oito anos), mas a administração era irregular e misturada às refeições. Sem ter outro agente para esse processo e com a dinâmica familiar cada vez mais complexa, resolveram acionar o serviço do CAPS.

O caso passou pela equipe do CAPS, conforme estabelecia o fluxo do PADAC. Entramos em contato com a família para agendar o Atendimento Domiciliar e melhor compreender a história do “Sr. A”. Ao todo, foram realizadas em torno de 20 visitas domiciliares, uma ou duas vezes por semana, em média, com três a quatro horas de duração, de acordo com a necessidade do paciente.

Na ocasião, “Sr. A” tinha 56 anos, não possuía filhos, nunca havia se casado. Antes dos sintomas surgirem, exercia a ocupação de pintor. Os primeiros sintomas surgiram perto dos 22 anos, quando deu início a um processo longo de internações em instituições psiquiátricas. Recebia o benefício do INSS, que ficava sob responsabilidade de umas das sobrinhas. O dinheiro era utilizado para a compra dos medicamentos e para as despesas pessoais do próprio paciente. Entretanto, o “Sr. A” desconhecia a existência do benefício. A família temia que ele utilizasse o dinheiro para ingerir bebidas alcoólicas, mesmo sem sair de casa. Segundo a família, o “Sr. A” *“arrancou um dente em casa para evitar ir a um médico”*.

Na primeira visita, ele se encontrava com aparência física e higiene precárias. Apesar de não nos conhecer, contou um pouco sobre sua vida, coisas do cotidiano e o que gostava de fazer. Após a primeira visita, sentimos dificuldade para estabelecer contato mais direto com ele, visto que não queria conversar e aparentava irritabilidade. Assim, acolhemos a sua vontade de não querer falar e pontuamos que o estaríamos visitando semanalmente em sua casa, porque tínhamos interesse em saber como ele estava e ficaríamos o tempo que fosse preciso.

Trancou a grade que dava acesso ao seu quarto e ficava nos olhando sentadas na calçada o tempo todo. Falava que estava pensando na vida, sempre dizendo que estava *“bem de melhorar”*. Durante algumas visitas, as intervenções foram as mínimas possíveis, apenas com a repetição da presença, com o objetivo de estabelecer o vínculo, observar e colher informações para apreender a dinâmica e conhecer a qualidade de vida familiar e do paciente, e pensar recursos e tecnologias de cuidados para ambos. Buscávamos, a todo instante, atentar para as singularidades do paciente, compreender sua situação e, somente a partir daí, propor alternativas para sua melhora.

Ao perceber que todos os cuidados destinados ao “Sr. A” eram promovidos exclusivamente pelas sobrinhas, o que gerava nelas esgotamento físico e emocional, foi sugerida a participação de outros familiares nessa dinâmica do Projeto Terapêutico, ampliando o escopo de apoio e da rede social. Apesar de não conseguir a corresponsabilização de outros membros, tomamos conhecimento das visitas de alguns familiares, como irmão e sobrinhos, mesmo de forma esporádica e rápida.

Como uma das possibilidades para o caso, inferimos uma articulação entre Programa Saúde da Família (PSF), Agente Comunitária e CAPS. Havia uma agente que visitava a casa, haja vista que a irmã do paciente fazia parte do programa HIPERDIA, porém, o “Sr. A” nunca havia sido atendido. Infelizmente, a parceria não foi solidificada, devido às dificuldades apresentadas pelo PSF da região adscrita, das diretrizes do PACS e de requisitos para atendimento domiciliar, entre outros. O CAPS apresentava dificuldade na agenda médica para visita domiciliar, colocando como condição imprescindível a presença do profissional médico nesse primeiro contato. Desse modo, seguíamos com o trabalho semanal.

Durante as nossas visitas, acolhíamos os familiares quanto às fantasias sobre o tema da doença mental. Havia a ideia instituída de que o “Sr. A” era “agressivo e traiçoeiro”, pois verbalizavam constantemente o medo de ficar a sós com ele. Acreditavam que pessoas com transtornos mentais “*deviam ser cuidadas direitinho, mas deviam ficar em seu cantinho*”.

Depois de algumas semanas, muitas horas ao pé da calçada e com algum vínculo estabelecido, sugerimos um lanche no quartinho. Traríamos bolo de chocolate, o preferido do “Sr. A”, e ele nos aguardaria com o portão aberto. Na semana seguinte, “Sr. A” não somente nos aguardava como estava de barba feita, unhas cortadas, banho tomado, roupa limpa e cadeiras postas para nos receber. Iniciaríamos um novo processo de fortalecimento de vínculo e ampliação do PTS.

Com o intuito de trabalhar as redes sociais e estimular o lazer do paciente, estávamos atentas para as suas necessidades e gostos: passeio na praia, visitas com músicas, lanches, jogos etc. Com exceção da recusa aos passeios, todas as alternativas tiveram excelentes resultados. Tais propostas também tinham o objetivo de sinalizar para o

paciente a importância de ser cuidado, trabalhar sua autoestima, seu autocuidado e sua autonomia. Após muitas negociações, conseguimos que um televisor novo fosse comprado.

“Sr. A”, a cada visita, apresentava-se mais disposto e receptivo, com visível mudança no cuidado e na higiene, passando a fazer a barba e a tomar banho regularmente. Outra possibilidade de intervenção quanto à autonomia do paciente estabeleceu-se junto com as sobrinhas. Esclarecemos e pactuamos acerca da importância de deixar algumas roupas e dinheiro sob os cuidados dele. O próprio “Sr. A” relatava que em alguns momentos não se sentia bem em ter que sempre pedir. Apesar da resistência, foram experimentando essa nova relação aos poucos.

Nesse momento, estávamos vinculadas ao “Sr. A”, mediando as relações com a família, que se encontrava mais próxima. Ele começava a sair de casa e nos acompanhar pouco a pouco até o ponto de ônibus. O CAPS orientou as sobrinhas a retirarem os medicamentos na farmácia do CAPS e participar da reunião de familiares, ainda que o “SR. A” não frequentasse a unidade.

O desfecho do caso caminhava para vinculação no CAPS com a Referência Terapêutica, o suporte aos familiares e a saída das estagiárias do caso. O CAPS assumiria integralmente. Todavia, o ponto central da Clínica Psicossocial da Psicose, que trata das relações vinculares, interpela-nos, com ela se apresentando como ordenadora absoluta do cuidado. Onde o vínculo não se estabeleceu de modo a produzir relações de confiança, trocas, cuidado, autonomia, acolhimento, o sujeito, frente às ameaças do campo normativo e da realidade, recuará, acionando o seu *modus operandi* de produção de sofrimento psíquico.

Sem a nossa presença e sem combinado prévio, o médico consegue espaço na agenda e vai à casa do “Sr. A”, com a referência técnica do CAPS. Contudo, de imediato, o “Sr. A” reconhece o médico dos remotos tempos das longas internações psiquiátricas que vivenciou. Diz claramente que se recorda dos “*eletrochoques e de ser amarrado na cama*”. Os profissionais relataram que mesmo com esse reconhecimento, o “Sr. A” havia sido receptivo, conversado e permitido ser examinado.

No entanto, após esse episódio, percebemos que a presença do profissional médico provocou mobilizações no “Sr. A”. Nas visitas subsequentes, os encontros foram permeados de relatos de violência e maus-tratos referentes ao período em que esteve internado. Muitas vezes, as histórias apresentavam-se fora do contexto de tempo-espaço-pessoas, mas sentíamos o pesar de grande sofrimento e angústia. Acolhíamos, escutávamos, porém, o vínculo foi estremecido. O “Sr. A” iniciava um processo persecutório com nossa presença, não querendo mais nos receber, acreditando que havíamos encaminhado os profissionais para novamente interná-lo.

Apesar desse desfecho, o caso aponta os caminhos possíveis dessa clínica de baixa densidade tecnológica, mas de alta complexidade do ponto de vista do provimento do cuidado. A Atenção Domiciliar, assim como propõe a experiência do PIC e do PADAC, convoca-nos a pensar que o objeto deste saber, desta arte-técnica que é o fazer da Saúde Mental no domicílio, não prescinde das amarras institucionais para ser efetivado. Contar com a intensificação do investimento humano, em contraposição à ideia de tecnologia, dos aparatos tecnológicos, parafernálias institucionais e equipamentos, é o principal instrumento para o tratamento dos sujeitos envolvidos.

## **5.2 O sertão baiano e as Tecnologias de Cuidado Comunitárias**

Após o período de estágio pelo PIC e PADAC e a graduação em Psicologia, o desafio seria atuar como profissional no campo da Saúde Mental, dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do Modelo de Atenção Psicossocial.

Pretendo narrar os meus itinerários a partir de então, elucidando que a complexidade do cuidado em Saúde Mental encontra-se muito mais nos manicômios mentais que carregamos em nós do que nas próprias instituições totais existentes. Como aponta ROTELLI, MAURI e LEONARDIS (2001), “*a desinstitucionalização do manicômio é interminável*” (p. 70) e ela começa dentro de cada profissional, a partir da concepção individual de sujeito, sofrimento e cuidado.

### **5.2.1 No começo, tudo era sertão**

Apesar de o IBGE (2019) apontar que 68,2% dos municípios brasileiros possuem população com até 20 mil habitantes, são praticamente inexistentes publicações acerca da Política de Saúde Mental das pequenas cidades do Brasil. No estado da Bahia, 60% dos municípios têm um quantitativo populacional abaixo de 20 mil habitantes (IBGE, 2021), contando com extensa área de zona rural em sua geografia. Além de serem distantes entre si, são, também, dos municípios de grande porte e da capital Salvador.

Conforme descrito anteriormente, a execução das Políticas Públicas a partir do contingente populacional desassiste muitos municípios brasileiros, que não alcançam a importância exigida em portarias para implantação, habilitação e financiamento de serviços e programas. Os resultados são cidades marcadas pela insuficiência e por fragilidades nas redes de saúde, subfinanciamento e falta de profissionais especializados (DIMENSTEIN, et al., 2014; DIMENSTEIN, et al., 2016).

Sem um aparato de equipamentos e profissionais especializados na retaguarda, as pequenas cidades nos desafiam cotidianamente a repensar processos e arranjos de trabalhos com foco no território e na comunidade. (DIMENSTEIN, et al., 2014; DIMENSTEIN, et al., 2016; SILVA et al., 2014).

Em 2010, quando começo minha empreitada em um município no sertão baiano, era justamente esse o desafio. Contratada como psicóloga para atuar no NASF, que estava em implantação na época, não tardei a ser posta como profissional de referência principal e única em Saúde Mental na cidade. O município contabilizava 15 mil habitantes no total, distribuídos em três mil pessoas na zona urbana e 12 mil em uma vasta zona rural, cortada por serras, cerrado, caatinga e muitas estradas de chão batido.

Anteriormente à minha chegada, as únicas referências em Saúde Mental, na perspectiva das equipes, eram: um médico psiquiatra, que vinha de outro estado e atendia uma vez ao mês – apenas pela manhã – um contingente significativo de pacientes; e o Hospital Psiquiátrico da cidade de Feira de Santana (a 434 km de distância). Contudo, algumas ações pontuais em Saúde Mental eram realizadas pela

psicóloga e pela assistente social do CRAS e por alguns Agentes Comunitários de Saúde.

Apesar desse cenário, o município tinha um grande fator positivo: ter o distrito sanitário com 100% de cobertura pelo Programa Saúde da Família (PSF). A organização contemplava sete PSFs, com dois postos de saúde satélite<sup>5</sup> e uma UBS. Segundo os autores MARTINS et al. (2016), do ponto de vista da gestão e da produção de saúde, um território com cobertura de Estratégia da Saúde da Família apresenta melhor desempenho e serviços prestados em relação àqueles territórios que ainda estão sob o regime de UBS tradicional (sem ACS) ou de áreas totalmente descobertas.

O único hospital da cidade era particular, com o setor de internação conveniado ao SUS. Funcionava com o regime de AIH (Autorização de Internação Hospitalar), no qual a instituição recebe por internação, não sendo interessante a quantidade de dias que o paciente permanece na instituição. Quaisquer procedimentos de média ou alta complexidade eram encaminhados para outros municípios de referência conveniados ou para a capital baiana (localizada a 548 km).

No campo da Saúde Mental, tínhamos como principais desafios: o modelo médico hospitalocêntrico em Saúde Mental; alto índice de suicídio; alto índice de Transtornos Mentais Graves; uso problemático de álcool e outras drogas; falta de articulação da rede; falta de dados epidemiológicos sobre os usuários (na época, eram exigidos pelo PMAQ – Programa de Valorização do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica); desconhecimento por parte de algumas equipes sobre saberes e fazeres no campo da Saúde Mental; inexistência de matriciamento; empoderamento apenas do profissional médico por parte de outros profissionais da equipe; e a falta de reconhecimento do processo de trabalho comunitário dos ACS.

O fenômeno da Saúde Mental despontava com destaque pelo discurso dominante da necessidade de instituições e de profissionais específicos (“*os psis*” – *psiquiatras*,

---

<sup>5</sup> O Posto de Saúde Satélite cumpria os requisitos dos antigos “postinhos de saúde”. Localizava-se na comunidade mais distante ou de difícil acesso do PSF. Em um dia da semana, o médico e a enfermeira estavam presentes. Nos demais, apenas um profissional Técnico de Enfermagem era o responsável.

*psicólogos, psicanalistas*) para lidar com o sofrimento psíquico e os transtornos mentais, principalmente em momentos de crise ou na agudização dos sintomas. Assim, sem CAPS (nessa época, o contingente populacional necessário era de 20 mil/hab) e com o modelo biomédico forte, o Hospital Psiquiátrico tinha importante legitimidade nesse município, apontado como recurso imprescindível nesse cenário, corroborando DESVIAT (1999), quando aponta que é na crise que o manicômio emerge.

Era preciso propor uma reestruturação produtiva no campo da Saúde Mental que pudesse garantir a desinstitucionalização do fazer Saúde Mental, corresponsabilização, integralidade e continuidade do cuidado, fortalecimento dos vínculos, empoderamento profissional de outras categorias, apoio matricial às equipes, parcerias intersetoriais, a discussão do *setting* terapêutico, propondo o território e a comunidade como centrais nesse processo e, principalmente, na Atenção à Crise.

É nesse contraponto que se constroem as possibilidades nesse município para os momentos de crise. Assim, iniciei algumas ações: um espaço de capacitação e escuta qualificada com trocas de saberes com todos os profissionais do PSF; o levantamento epidemiológico psiquiátrico, a partir das fichas da farmácia básica e dos prontuários do psiquiatra para mapeamento; busca ativa; PTS; matriciamento; visitas domiciliares regulares com os ACS; negociações cotidianas e apoio matricial com a regulação municipal, delegacia e hospital; o empoderamento dos profissionais, principalmente dos ACS; interconsulta psiquiátrica quando necessário.

Inicialmente, havia uma agenda da Psicologia na UBS do Centro da cidade, organizada exclusivamente com foco na psicoterapia individual. Com o passar das semanas, fui me apropriando desse processo para ocupar e estar no território, o que resultou em uma agenda enxuta, apenas com casos que exclusivamente necessitavam de um cuidado individual mais intensivo e pontual.

Esse primeiro movimento foi o início de um grande processo de trabalho. A primeira parte foi dividida em algumas etapas: conhecer a rede de saúde e a rede intersetorial, os profissionais, os territórios, as comunidades; levantar e estabelecer os desafios e potencialidades de cada localidade; realizar um diagnóstico inicial; organizar um projeto de Saúde Mental do município.

A segunda etapa teve como marco o trabalho junto com os ACS. Iniciamos através de encontros semanais com as equipes do centro urbano. A princípio, alguns temas importantes em Saúde Mental foram apresentados: psicopatologias e sofrimento psíquico, atenção psicossocial, intensificação de cuidados, Atenção Domiciliar, Atenção à Crise, vínculo, acolhimento, escuta qualificada, projeto terapêutico, matriciamento, entre outros pontos. Posteriormente, alguns casos emblemáticos eram discutidos e repensados para elaborar as estratégias de cuidados.

A parte mais importante foi o fazer junto, consolidando a segunda etapa. Passei a realizar visitas e atendimentos compartilhados, desbravando os territórios, caminhando pela comunidade, adentrando os domicílios, tudo pela ótica desse profissional-guia. Realizávamos atendimentos aos usuários, suporte às famílias, mediações das tensões e dos conflitos, grupos e encontros coletivos nas escolas, igrejas, associações. Dar visibilidade e validar o potencial e o saber desse profissional fez toda a diferença para a entrada da Saúde Mental nos PSF.

Toda essa organização foi apresentada aos enfermeiros dos PSF, que respondiam como Referência Técnica (RT) e Gestores das Unidades Básicas de Saúde, concomitantemente, o que se configurou como terceira etapa do projeto. Nessa quarta etapa, o enfermeiro passa a fazer parte das visitas, dos atendimentos e atividades coletivas aos usuários e familiares das pessoas com sofrimento psíquico de sua região adscrita. A inserção do profissional da enfermagem amplia o olhar e o cuidado integral dos usuários de Saúde Mental e de suas famílias, que já eram participantes de outras ações de cuidado no PSF.

Ao mesmo tempo que esse processo era construído, outras relações eram estabelecidas com o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), educação, hospital e gestão central. Uma rede em formato de teia se formava no município.

No quinto processo, foquei no levantamento epidemiológico a partir da Psicofarmacologia. A distribuição de psicotrópicos era realizada exclusivamente pela farmácia central da cidade, que mantinha o controle de todos os pacientes utilizando fichas manuais. Por meio do levantamento dessas fichas e dos dados demográficos nelas apresentados, puderam-se traçar informações importantes e construir um perfil

epidemiológico por território e PSF. Essas informações foram divididas com a equipe do PSF, incluindo o profissional médico. Uma importante discussão foi realizada acerca do uso de benzodiazepínicos e anticonvulsivantes, em vista dos números expressivos observados nesse levantamento. Esse trabalho ainda proporcionou a busca ativa de usuários que não compareciam há mais de dois meses no PSF, os casos mais graves da cidade e o médico como agente de interconsulta, atendimento compartilhado e Atenção à Crise.

Nessa altura do processo, de algum modo, todos estavam envolvidos nessa linha de cuidado. Os médicos mostravam-se disponíveis nas situações de urgência, mesmo que o caso não pertencesse ao seu território de atuação. Tinham ciência de que a presença do colega psiquiatra apenas uma vez por mês não seria suficiente para abordar todos os usuários de Saúde Mental. Assim, apenas os casos graves, crônicos ou com comorbidades neurológicas eram encaminhados a este profissional. Em raros momentos, o psiquiatra era acionado para alguma dúvida ou discussão de caso.

Em todo esse período, não houve qualquer caso de um profissional médico do PSF declinar de prescrever qualquer medicação ou atender os usuários da Saúde Mental por não ter especialidade em psiquiatria. Ao contrário, tinham ciência que essa era uma atribuição enquanto profissional da Atenção Básica e que, de algum modo, esse sujeito, já estava inserido na unidade de saúde para os cuidados clínicos e outros acompanhamentos de rotina.

O hospital geral, embora privado, sempre esteve aberto para discussões de casos, empréstimos de medicações e visitas dos profissionais da rede aos usuários quando internados. O Projeto Terapêutico passava a ser compartilhado e construído entre as equipes dos serviços até o processo de alta.

Observa-se um trabalho de sensibilização e desconstrução quanto ao tema da Saúde Mental e suas tecnologias de cuidado, de organização e fortalecimento de uma rede com muitos atores, de corresponsabilidade do cuidado e fortalecimento do processo de matriciamento.

### **5.2.2 Arrematando as Tecnologias de Cuidado Psicossociais no Sertão Baiano**

Apostar no cuidado comunitário foi imprescindível para a construção e o fortalecimento desse projeto no Sertão Baiano. Entretanto, a grande aposta foi apresentar o domicílio como o lugar da Atenção à Crise. Não se tratava de uma visita domiciliar, mas de Atenção Domiciliar. Apostar em uma intensificação de cuidado a partir desse lugar, com frequência e regularidade no encontro com o sujeito, no seu momento de ruptura com a realidade, com as relações, com a comunidade.

A casa era assumida como ponto de Atenção à Crise, durante e depois do quadro de maior sofrimento psíquico do sujeito. Essa tecnologia de cuidado não estava restrita apenas ao profissional especializado. Ao contrário, em todos os atendimentos, a equipe do PSF tinha que se fazer presente. A Atenção Domiciliar era um momento importante de matriciamento do sujeito ao seu PSF, que fortalecia o vínculo de cuidado com a equipe e garantia sua ida ao serviço para ser avaliado em outras questões em saúde.

Nesse ponto, a Atenção Domiciliar significava um cuidado que transgredia as práticas institucionalizadas, de forma a contribuir para a produção da integralidade e da continuidade do cuidado. O domicílio e a comunidade, como *lócus*, promoviam a ampliação da clínica, através do cuidado integral dos sujeitos e suas famílias, do fortalecimento de suas redes de convívio, sociais e de apoio.

Entretanto, para alguns profissionais, alguns aspectos ainda se apresentavam como incógnitas na Atenção Domiciliar: a ocupação da casa do usuário enquanto espaço para a produção de cuidado; pensar o território a partir da casa; a escuta terapêutica no espaço que é, ao mesmo tempo, público e privado; as múltiplas transferências vinculares com o contexto familiar e o entorno social e, principalmente, a Atenção à Crise no domicílio.

Todas essas angústias e dúvidas eram acolhidas e debatidas nas reuniões com os ACS e enfermeiros, haja vista que pensar o território a partir da casa exige dos profissionais

uma “*reestruturação produtiva*” (MERHY, 2007) nos modos tradicionais de operar o processo do cuidar e do produzir saúde.

Exigem um presença orientada e ética dos trabalhadores, “*centrado na minha função, na minha escuta, na minha posição*” (SILVA, 2007, p. 30). Provoca um movimento segundo o qual é preciso se permitir “afetar” pelas relações e pelos saberes dos sujeitos “da casa” e da comunidade, promovendo saúde com seus atos vivos, tecnologias leves e micropolíticas territoriais, em situações comumente negligenciadas pelo sistema de saúde que ainda aposta fortemente nas instituições (MERHY e FEUERWERKER, 2007).

A casa passa a ser um *setting* terapêutico sofisticado e de alta potencialidade, não somente para cuidar da crise do sujeito, que sobremaneira significa apenas a supressão dos sintomas, mas para podermos pensar a crise *in loco*, no contexto das relações, na composição e no arranjo dessa família, no entorno social, na rotina, no trabalho e na produção na roça.

O domicílio muitas vezes era a porta de entrada para a comunidade, o que proporcionava projetos terapêuticos individuais e coletivos. A comunidade também era acionada para se corresponsabilizar pelo cuidado e nos acionar por telefone. Em alguns casos, como quando a casa do sujeito era distante, impossibilitando que a equipe o visitasse uma quantidade suficiente de vezes, conforme se julgasse necessário, a própria família e a comunidade eram orientadas e apoiadas a dar continuidade ao processo de cuidado, a manejar a medicação e sobre os comportamentos que pareciam assustadores ou bizarros.

Alguns atendimentos eram iniciados no meio da plantação e se encerravam na feira na cidade, aos sábados. Era o momento de lembrar a consulta, levar receitas, medicação, verificar se o sujeito estava melhor, conversar com a família e poder ser participante desse lugar de importantes contraturalidades sociais, no qual o sujeito é comerciante, vendedor, escolhe e pesa a mercadoria, recebe dinheiro, passa o troco, anuncia a promoção, convence o freguês etc.

Realizávamos diversos arranjos de cuidados, com muitos encontros frutíferos nas associações comunitárias, igrejas, escolas, embaixo das árvores, nas varandas e quintais das pessoas. Em alguns momentos, a falta de chuva foi pauta importante e recorrente nesses encontros coletivos, por ser gatilho do sofrimento psíquico de muitos sujeitos. A diretriz era cuidar das pessoas com sofrimento psíquico na sua vida cotidiana. Adentrávamos as casas, oficinas de farinha, engenhos de cana-de-açúcar, roças, sem limites para estar com o outro.

Na Atenção à Crise, havia uma diretriz estabelecida: era sempre acionado o profissional de referência do sujeito ou alguém de maior vínculo, geralmente e quase sempre conhecido e apontado pelo ACS, quando não, ele próprio. O caso era apresentado, avaliava-se a necessidade de medicação e então era realizada interconsulta com o psiquiatra ou, geralmente, com o médico da ESF ou da Unidade Básica. Eram, então, organizados a abordagem cuidadosa ao sujeito, as possibilidades para o uso da medicação, o suporte à família, acionamento da comunidade e as idas ao domicílio, até que o sujeito pudesse “sair da crise”, o que nunca se esgotava em apenas um atendimento. Todo esse arranjo era feito por telefone, via ligação ou SMS. Raramente, utilizava-se a medicação de imediato na contenção da crise. Depois de algum tempo, minha presença também não era mais imprescindível. A própria equipe já tinha expertise em realizar o cuidado.

Tínhamos um caso complexo de sofrimento psíquico grave, egresso de manicômio judiciário, com determinação de cuidado no CAPS. Sem CAPS no município, fizemos um arranjo com os recursos comunitários. Apenas a ACS e a técnica de enfermagem, que já possuíam bom vínculo, cuidavam do sujeito, da medicação, realizavam o atendimento domiciliar e o suporte à família. O restante da equipe apenas garantia o apoio matricial.

E, assim, fomos construindo um ordenamento, uma mudança de “Hospital Psiquiátrico de Feira de Santana” para “Atendimento Domiciliar”, fortalecendo as equipes, a comunidade, sem apartar o sujeito do seu território de vida e existência. A casa não somente era desinstitucionalizante, mas, propriamente, substitutiva aos modos médico-hospitalocêntricos até então produzidos como meios de cuidado.

### 5.2.3 Atenção à Crise ao “Sr. X”: operando conceitos no olho do furacão II

Entre as diversas histórias, relatarei a de um usuário com pouco mais de 50 anos de idade, que chamarei de “Sr. X”. O caso nos convoca a pensar a clínica psicossocial, no campo da Atenção à Crise, colocando em pauta o tempo e os investimentos necessários para os profissionais promoverem acolhimento, escuta, assistência e apoio à família. Por vezes, os serviços encontram-se em uma rotina cristalizada, que opera na lógica e no tempo da instituição, desconsiderando a necessidade dos usuários, tendo em vista o seu tempo psíquico, que, por vezes, não cabe no tempo operacional dos serviços. Aqui, quem dita o tempo é o sujeito, nunca as práticas profissionais universais aplicadas rigorosamente, ao pé da letra, ou as lógicas racionais de atendimentos que costumamos aplicar nos nossos consultórios ou instituições de saúde.

No final do expediente de uma segunda-feira, a enfermeira de um PSF me liga comunicando que um usuário, vinculado à UBS, com histórico de humor deprimido, encontrava-se em crise: *“chegou da roça, expulsou a esposa de casa e se trancou sem querer ver ou falar com alguém”*. A enfermeira adiantou que estavam todos apavorados, em virtude do ofício exercido anteriormente pelo “Sr. X”, que era açougueiro, o que possibilitaria acessar com facilidade as facas e lâminas guardadas em casa.

“Sr. X” era um usuário assíduo da UBS, que cumpria à risca a agenda dos cuidados clínicos e as orientações da equipe. Conhecia a enfermeira de longa data, possuindo um bom vínculo com toda a equipe. Em um momento anterior, chegou a ser encaminhado para acolhimento psicológico a pedido de sua médica de família, por um quadro de tristeza e apatia profunda. Na ocasião, proporcionamos um espaço de escuta, revisão dos medicamentos e projeto terapêutico que ampliasse as atividades sociais e de lazer. Em pouco tempo, “Sr. X” encontrava-se melhor, sem necessidade de acompanhamento especializado, seguindo o cuidado com a equipe da UBS, agora mais atenta às questões de Saúde Mental, principalmente nas visitas domiciliares.

Nesse dia, ao receber o comunicado de seu quadro, seguimos para a casa do “Sr. X”, que somava um tempo de 20 minutos do centro da cidade. A comunidade possuía pouco menos de dez casas, ocupadas essencialmente por familiares próximos e vizinhos de longa data.

Ao chegar, os familiares e vizinhos aguardavam ansiosos por uma intervenção rápida da equipe de saúde. Os gritos e batidas nas portas despertavam medo e angústia nos presentes. Acolhemos as falas e fantasias que esses momentos de rupturas proporcionam no entorno social. A comunidade só avistava a possibilidade de invadir a casa e levá-lo para o hospital. Foi necessário ressaltar que esta possibilidade tratava-se de uma atitude violenta para o “Sr. X”. Coube esclarecer que, nesse caso, a função do hospital se restringiria a medicar e internar, o que serviria para sanar os sintomas, mas não resolveria os disparadores da crise. O principal era avaliar como cuidar do “Sr. X” e compreender melhor esse momento de sofrimento agudo, sendo a comunidade imprescindível nesse processo.

“Sr. X” não dormia há três noites, apresentando-se muito agitado e nervoso nesse período. Estava demasiadamente preocupado com a plantação, com os animais e com a seca que castigava o sertão. Como acharam que logo passaria, decidiram não entrar em contato conosco.

A nossa primeira tentativa de aproximação também foi frustrada. Apesar do vínculo com a equipe, o “Sr. X” não abriu a porta, manifestando repulsa por nossa presença, solicitando ficar sozinho em sua casa. Informamos à comunidade que o “Sr. X” precisava ficar só e não seria terapêutico um “resgate”.

Organizar um Projeto Terapêutico que envolvesse toda a comunidade foi uma construção coletiva. Iniciamos com as questões principais: acolher a esposa e levantar os vínculos do “SR. X”, onde seria possível aceitar as refeições e conversar. Combinamos que a comunidade cuidaria durante o dia e a equipe da UBS no período noturno.

O Projeto foi se realizando dia após dia. As pessoas da comunidade revezaram durante o dia todo, aproximando-se da casa, na tentativa de promover a sensibilização ao “Sr.

X” para aceitar comer, conversar, abrir as portas. A equipe chegava à noite para escutar e acolher as pessoas e ofertar o cuidado ao “Sr. X”. No seu tempo, aceitou refeição, entregou roupas para esposa, mais uma refeição, um desabafo breve, mais uma refeição e o pedido do benzedor da região.

Ainda me recordo dos olhares espantados da comunidade sobre mim, com uma interrogação explícita se os psicólogos acreditavam em benzedores. Não era de crença pessoal que falávamos ali, mas de manejos vinculares, de confiança, de mediação, de cuidado com a escolha do sujeito em sofrimento. Era sobre o que era importante para o sujeito e que possibilitaria acesso e acolhimento. E quem o sujeito escolhe nesse momento de ruptura e sofrimento.

O benzedor compreendeu as exigências psíquicas do “Sr. X”, ofertando escuta, acolhimento, seus saberes, as medicações, saindo da casa após garantir que ele havia dormido. Desse modo, estabelecemos a primeira conexão, e já se passavam três dias. O benzedor ficaria durante o dia e a equipe à noite.

No dia seguinte à noite, o “Sr. X” relatou querer ir à UBS, exatamente naquele momento, conversar com sua médica de referência. O serviço foi aberto exclusivamente para atendê-lo. A médica percebeu que havia apenas um pedido para dormir.

Mas ele também queria conversar, e me acionou. Encontro com o sofrimento explícito pela grave falta de chuva e a impossibilidade de continuar a fornecer água e comida para suas criações. Toda plantação perdida. Toda uma vida de trabalho definhando aos seus olhos. Fico pensando: O que se faz? O que a Psicologia pode fazer quando o “estar no mundo” passa pelo “está chovendo”?

Em determinado momento, diz que somente queria conversar e dormir. Descreve sobre a movimentação na frente da sua casa de dia e noite, e nos dispensa desse cuidado. Logo estaria bom e de volta, precisamente, na segunda-feira. Era uma sexta.

E assim o fez. Na segunda, logo cedo, o “Sr. X” abriu as portas e chamou a esposa de volta para casa. Na quarta, voltamos à comunidade. Ninguém mais nos esperava, e a

vida parecia voltar a uma suposta normalidade. O “Sr. X” ainda buscava entender: *“não sei o que aconteceu”, “Será que fiquei louco?”, “para mim parece que foi um sonho.”*

### **5.3 A cidade grande e seus duros arranjos psicossociais**

Três anos depois da experiência no sertão baiano, em 2015, dou início a uma jornada no campo da Saúde Mental no Grande ABC, em São Paulo. A região é localizada na área metropolitana da capital paulista, composta por sete municípios: Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Diadema, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra. Sob enfoque histórico, durante a década de 1950, é marcada nacionalmente pela acentuada industrialização proveniente da instalação de grandes empresas multinacionais na região, principalmente dos ramos metalúrgico e automobilístico.

Na área da saúde, apesar de serem municípios com características geográficas, sociais, demográficas, econômicas e políticas bastante diversificadas, toda a região se destacou historicamente por seus avanços nos processos de Reforma Sanitária, implantação do SUS e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, impulsionados por seus movimentos sociais e de militância importantes.

Na década de 1990, o Grande ABC chegou a somar cerca de 1.500 leitos psiquiátricos em hospitais e clínicas psiquiátricas. Em sua maior parte, tratava-se de instituições financiadas pelas indústrias, tendo em vista que boa parte dos internos eram operários da linha de produção das metalúrgicas, siderúrgicas e montadoras de automóveis da região. Com o processo da RPB e o Programa de Desinstitucionalização, algumas instituições foram fechadas ou desvinculadas do financiamento público do SUS. Os pacientes que se encontravam em situação de institucionalização crônica, sem laços ou vínculos familiares, foram transferidos para as Residências Terapêuticas dos municípios de origem ou preenchiam as vagas solidárias quando necessário. Aos demais, o tratamento passou a ser realizado nos serviços NAPS, CAPS e nos ambulatórios de Saúde Mental, que estavam sendo implantados na época.

Entre avanços e recuos, o Grande ABC sempre se apresentou como referência nacional no campo da Saúde Mental. Os municípios seguem com esforços importantes para garantia das políticas públicas pautados na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, com a implantação e habilitação de serviços previstos na RAPS, consolidação do processo de desinstitucionalização e protagonismo dos usuários e suas famílias.

### **5.3.1 *Cidade I* (2015-2017)**

A minha inserção no Grande ABC começa no município que chamarei de “*Cidade I*”, em um momento bem profícuo da RAPS local e da Saúde Mental no Brasil. No cenário nacional, a Saúde Mental vivia fervorosamente o processo de ampliação e fortalecimento de uma política de Saúde Mental com pressupostos psicossociais, advindos dos grandes e importantes movimentos da década de 1980, e dos normativos legais instituídos (leis, decretos, portarias, editais etc.) a partir de 2002.

Pela primeira vez, a Saúde Mental experienciava um volume importante de investimentos financeiros na construção de uma rede substitutiva, concomitantemente aos processos de educação permanente (Percurso Formativos, Caminhos do Cuidado, Portaria de Supervisão Clínico-Institucional), Editais de Reabilitação Psicossocial, Política de Desinstitucionalização e fechamento de leitos psiquiátricos. Tratava-se do agenciamento do processo de mudança de cuidado centrado na rede hospitalar para uma rede psicossocial, comunitária e territorial.

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, estava sob a gestão de Roberto Tykanori, um grande militante e participante do movimento precursor da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no país, que carregava consigo a experiência Santista do fechamento do Hospital Anchieta, implantação dos NAPS e da rede de Saúde Mental substitutiva, além da vivência italiana da Reforma Psiquiátrica Democrática inspirada em Franco Basaglia e Rotelli.

A partir desse contexto nacional, desde 2009, a *Cidade I* encontrava-se em um processo importante de transformação em toda rede de saúde, o que resultou em impactos significativos também no campo da Saúde Mental. A gestão municipal se

comprometia e preconizava uma sociedade sem manicômios, afirmando a liberdade, o respeito aos direitos humanos e a cidadania como pilares da política de Saúde Mental da cidade.

Ao mesmo tempo que ocorria a suspensão progressiva do contrato de leitos conveniados no Hospital Psiquiátrico localizado na cidade, a RAPS era organizada, ampliada e fortalecida a partir das construções e da implantação de serviços como: CAPS AD, CAPS Adulto, CAPS AD II, Consultório na Rua, Núcleo de Geração de Renda e Economia Solidária, Unidade de Acolhimento Infantojuvenil, Unidade de Acolhimento Adulto e Residências Terapêuticas.

Em 2014, chegava ao fim o convênio com o Hospital Psiquiátrico local. A partir de então, não havia quaisquer convênios ou parcerias com hospitais ou clínicas psiquiátricas. A Coordenação da Saúde Mental também optou por não utilizar os leitos psiquiátricos em Hospital Geral e Hospitais Psiquiátricos da Rede estadual do SUS, instaurando os CAPS III como *lócus* de cuidado e Atenção à Crise, e o Pronto-Socorro em Psiquiatria como retaguarda no período noturno, aos finais de semana e feriados. Todo o cuidado em Saúde Mental seria promovido na rede municipal, em tratamento aberto, comunitário e humanizado.

Era incontestável o grande investimento em todos os pontos cruciais da RAPS: ampliação da rede, processos de trabalho, educação permanente, supervisão clínico-institucional, recursos humanos, relações intersetoriais. A *Cidade I* tornava-se referência nacional no campo da Saúde Mental Antimanicomial.

Em 2015, a partir do cargo de Apoio Técnico da Coordenação de Saúde Mental, deixava de ocupar o lugar da assistência para estar no campo da gestão. Sem contar que minha experiência vinha de um contexto de um pequeno município no sertão baiano, conforme relatado acima, sendo incapaz de ter dimensão de tamanha capacidade instalada e técnica no campo da Saúde Mental, com a diretriz da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Viviam um misto de deslumbramento e admiração pelo percurso da Reforma Sanitária e pelo processo de Reforma Psiquiátrica realizado na cidade, com a extensa rede de saúde, a articulação desses atores e as diretrizes estabelecidas.

Dividia a assessoria dos serviços com mais dois colegas. Sob minha responsabilidade técnica, estavam os serviços: 01 CAPS III AD; 01 CAPS III Adulto; 01 Residência Terapêutica Masculina; 01 Unidade de Acolhimento Adulto; Equipe do Consultório na Rua; Pronto Atendimento de Psiquiatria. E ainda ofertava suporte técnico à Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores.

O trabalho era intenso, sendo comum o acionamento por telefone à noite, aos finais de semana e feriados. Acompanhávamos praticamente *full time* todo o processo de trabalho, os fluxos, as equipes, os gestores, os casos mais complexos, as discussões intersetoriais, os matriciamentos, entre outros pontos. Os acionamentos, fora do horário de trabalho, ocorriam principalmente por alguma situação de crise do usuário e pela necessidade de se pensar coletivamente nas possibilidades terapêuticas de intervenções ou cuidados imediatos, principalmente pelo fato de todo o cuidado à crise ser de responsabilidade exclusiva dos CAPS. Geralmente, eram usuários que estavam em HN no CAPS e tinha seu quadro de sofrimento psíquico agravado ou algum usuário que acionava o serviço no período noturno ou final de semana. Em ambas as situações, discutiam a avaliação, o contorno terapêutico (corpo a corpo, escuta, acolhimento, atividades terapêuticas, medicação), recursos humanos, a necessidade de avaliação do PS de Psiquiatria, de acionar outros membros da equipe para contribuir para o plantão escalado.

A proposta era que as condutas nos momentos de crise fossem estabelecidas sempre por um coletivo: equipe, gestor da unidade, apoio técnico e coordenação. Desde o acolhimento inicial à oferta da Hospitalidade Noturna (internação), cabia ao CAPS prover e organizar o projeto de cuidado ao usuário em crise.

Na ocasião, o PS de Psiquiatria, com funcionamento 24h, era composto por leitos para observação e internação. Localizava-se em um complexo arquitetônico com mais dois CAPS (Adulto e AD), estando fora do ambiente hospitalar, como é de praxe, e sob gestão direta e única da Coordenação da Saúde Mental. Esse arranjo possibilitava maior autonomia e melhor gerenciamento quanto aos usuários internados, gerenciamento das consultas e dos leitos, tempo de internação e encaminhamentos realizados para RAPS.

Havia um monitoramento diário, por meio de um censo que era enviado aos CAPS logo cedo, além do contato entre os profissionais para discussão dos casos e encaminhamento imediato. Em certo momento, esse processo estava tão bem estabelecido que os leitos do Pronto Atendimento foram reduzidos a 50%, sendo comum ficarem sem ocupação por dias seguidos. Os CAPS, quando na ausência de médicos durante a semana, poderiam solicitar ao médico plantonista do PA avaliação psiquiátrica do usuário, já com acordo prévio de retorno ao serviço para continuidade do cuidado, através do transporte sanitário.

Entretanto, a relação CAPS e PA nem sempre era tranquila ou permeada por parceria. Apesar de ser uma cidade com o Modelo Psicossocial instituído e fortalecido, alguns profissionais ainda apresentavam perspectivas de cuidado e abordagens teóricas de caráter biomédico, principalmente na agudização de sintomas de sofrimento psíquico dos usuários. O conceito de crise, na perspectiva dos sinais, sintomas, com foco exclusivo no diagnóstico psiquiátrico, na remissão do quadro e na medicação, ainda era partilhado por alguns profissionais dos CAPS, apostando no PA como retaguarda imprescindível nessas ocasiões.

Na mesma condução, alguns profissionais do PA compartilhavam da ideia do CAPS como um serviço frágil, sem condições estruturais, físicas e de recursos humanos para Atenção à Crise. A possibilidade de o usuário evadir do CAPS, por ser um serviço aberto, era posta por alguns como uma premissa incontestável para manutenção do usuário internado, desconsiderando outros meios, abordagens e a intensificação de cuidados psicossociais nesse momento de franco sofrimento psíquico do sujeito.

Esse cenário era gerador de importantes discussões e conflitos nas reuniões de equipe, o que reafirmava o quão imprescindível era que a Política de Saúde Mental Antimanicomial, com base no Modelo Psicossocial, precisava ser constantemente fortalecida e garantida, com condições favoráveis para a sua execução.

Por outro lado, alguns pontos eram positivamente vivenciados, com foco no usuário como sujeito psicossocial, com múltiplas possibilidades de circuito na vida, nas relações vinculares, na ampliação da autonomia e fortalecimento dos contratos sociais:

- A assembleia nos CAPS, instituída semanalmente, como pilar do protagonismo dos usuários, promotora de um espaço potente de fala, de reclamação, de sugestão, de mediação de conflitos. Desse espaço surgiam desde alguns encaminhamentos de diretrizes para melhor funcionamento dos serviços à organização dos passeios e atividades culturais;
- O incentivo para a participação dos usuários em conselhos, conferências, seminários, congressos, atividades acadêmicas, feiras culturais, movimentos sociais, associações, com objetivo de que ocupassem espaços de participação popular, controle social e dos campos da universidade e da ciência;
- A ideia de “usuário-guia”, colocando o usuário como protagonista e apresentador da rede, a partir da sua cartografia de vida, território, relações e serviços que estejam em seu PTS, aos visitantes (Projeto Percursos Formativos\*), estudantes, estagiários e residentes;
- Usuários como monitores em diversas oficinas, com garantia de uma bolsa-auxílio através dos Projetos de Reabilitação Psicossocial existentes na época, garantidos por editais do Ministério da Saúde;
- Incentivo e apoio à Associação de Usuários, Familiares e Trabalhadores como lugar importante de protagonismo e contratualidades;
- O projeto de Economia Solidária e Geração de Renda, organizado a partir de um núcleo de referência. Promoviam oficinas criativas a partir da habilidade e capacidade de cada indivíduo, alinhadas ao seu PTS estabelecido no CAPS, com foco nas trocas sociais, afetivas e de trabalho dos adolescentes e adultos participantes. O acompanhamento desse usuário seguia pelas equipes dos dois serviços.

### **5.3.1.1 Atenção à Crise na Cidade Grande**

A *Cidade I* caminhava na direção de uma rede verdadeiramente substitutiva e desinstitucionalizante, com o usuário como ponto central nesse processo. Quando o foco de todo o projeto em Saúde Mental é realizado com e a partir do sujeito, constata-se a “*reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena*

*contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social”* (SARACENO, 2008, p. 13).

Tratava-se da época de ouro do Modelo Psicossocial. Entre 2003 e 2014, o Governo Federal realizou os maiores investimentos no campo da Saúde Mental Antimanicomial (DESINSTITUTE, 2021). Momento ímpar, sem precedentes na sanção de portarias, normativos técnicos e editais que promulgavam: o Programa de Volta pra Casa (PVC); a ampliação das equipes do Consultório na Rua; a instituição da RAPS e o papel de cada equipamento; o financiamento fixo via FNS para os CAPS, independentemente da produção BPA; a implantação da RAAS (Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde), com procedimentos específicos do campo psicossocial; portaria de implantação, habilitação e financiamento para Unidades de Acolhimento Adulto e Infantojuvenil, CAPS, Residências Terapêuticas; editais de financiamento para Projetos de Reabilitação Psicossocial, trabalho, cultura e inclusão social na RAPS; Projetos de Educação Permanente como os Percursos Formativos e Caminhos do Cuidado; Portaria de financiamento de Supervisão Clínico-Institucional, entre outros. Embora não fosse uma mudança em todo o país de forma congruente, com distribuição de recursos igualitários, eram notórios os impactos e as mudanças no campo da Saúde Mental.

O Brasil vivia um fervor de investimentos e mudanças importantes na RAPS, construindo, ampliando e fortalecendo princípios e diretrizes próximos à Reforma Psiquiátrica Italiana, como o Modelo de Atenção Psicossocial e o cuidado em liberdade. O processo de Desinstitucionalização apresentava importante crescente no seu objetivo de fechamento dos leitos psiquiátricos e implantação de Residências Terapêuticas. Segundo o DESINSTITUTE (2021):

De 2003 a 2014, o número de pessoas recebendo o PVC aumentou mais de 21 vezes, em compasso com o impulso de investimentos e esforços públicos voltados aos processos de desinstitucionalização de pacientes longamente internados naquele mesmo período (p. 47).

A *Cidade I* era o exemplo da consolidação desse processo nacional, apesar de alguns desafios pertinentes à sua gestão, tais como: fortalecimento das equipes nos territórios

e nos domicílios dos usuários; infraestrutura física de alguns serviços; Atenção Básica e Saúde Mental; transporte e equipes insuficientes em alguns equipamentos.

Por mudanças na gestão, deixo a *Cidade I* no início de 2017. No mesmo ano, chego a fazer parte como Apoio Técnico da Coordenação de Saúde Mental de uma segunda cidade dessa mesma região, na qual fico apenas até agosto de 2018. Optei por não relatar essa experiência, dado o panorama crítico de cunho político-partidário que a cidade atravessava. O cenário proporcionou retrocessos sem precedentes na cidade, afetando diretamente os municípios no campo das políticas públicas de saúde, assistência social, educação.

### **5.3.2 *Cidade II* (2018 – atual)**

Em 2018, iniciei uma nova jornada como Apoio Técnico em Saúde Mental na Secretaria de Saúde da *Cidade II*. Logo no início de 2019, assumo a Coordenação de Saúde Mental e um desafio ímpar, devido ao panorama nacional que o país enfrentava com a suspensão de importantes investimentos no campo da RAPS, desde 2017, e a pandemia da COVID-19, logo no início de 2020.

Em um momento anterior, em meados de 2016, logo após a mudança política no cenário nacional, as cidades viram seus processos ameaçados e abruptamente interrompidos com a suspensão de editais, de recursos e com alterações importantes na direção da política de Saúde Mental do país. Ao final de 2017, o Governo Federal promulgava em portaria a manutenção dos leitos em Hospitais Psiquiátricos, a ampliação de recursos para as Comunidades Terapêuticas (CT) e os cortes e limites de financiamento em serviços da rede extra-hospitalar existentes ou em processo de habilitação.

Todos os anos que custaram a implementação e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e do Modelo de Atenção Psicossocial estavam agora ameaçados em sua ampliação e manutenção por um projeto que declaradamente vinha para favorecer, novamente, as instituições totais: Hospitais Psiquiátricos e as Comunidades Terapêuticas.

Em 2020, somos assolados mundialmente pela pandemia da SARS-COV-2 (COVID-19). Segundo dados da OMS, a pandemia interrompeu serviços essenciais de Saúde Mental em 93% dos países em todo o mundo, em um contexto importante de demandas em Saúde Mental, que já vinham sofrendo subfinanciamentos consideráveis. A pesquisa, que envolveu 130 países, forneceu os primeiros dados globais que mostraram o impacto devastador da pandemia no acesso aos serviços de Saúde Mental, ressaltando a urgência de mais financiamento (PAHO.ORG, 2020).

Os desdobramentos da pandemia impactaram pontos importantes na vida das pessoas, como moradia, emprego, renda, educação, assistência social, ampliando a desigualdade social já em curso. A quarentena obrigatória, as mortes de familiares, o novo modo de trabalho *home office*, a convivência integral com a família, além das sequelas cognitivas e clínicas deixadas pelo vírus, ocasionaram aumento da procura de cuidados psíquicos, além do agravamento/agudização dos sintomas nos usuários já acompanhados.

Quaisquer avaliações das RAPS nesses dois últimos anos não podem desconsiderar como a pandemia da COVID-19 provocou impactos sanitários significativos e perenes, exigindo (re)inventar a gestão dos serviços de saúde, fluxos, processo de trabalho, arranjos de rede e qualificação dos trabalhadores, sem quaisquer novos investimentos financeiros.

Nesse contexto, a *Cidade II* teve o desafio de incorporar ao cotidiano dos usuários da Saúde Mental a obrigatoriedade de máscaras, álcool gel, distanciamento, isolamento social e a suspensão imediata de todos os grupos e atividades coletivas, com foco nas atividades e nos atendimentos individuais, contrariando toda a diretriz do Modelo Psicossocial.

Com a interrupção dos encontros coletivos, foi possível analisar, por meio dos dados de produção (RAAS-BPA), uma rede cada vez mais ambulatorial, focada nos atendimentos individuais, custando caro aos usuários, familiares e trabalhadores da Saúde Mental.

Os serviços priorizaram princípios fundamentais de cuidado e atenção, mesmo no modo individual, como acolhimento, Atenção à Crise, hospitalidade noturna, atendimento médico e multidisciplinar, cuidado às famílias, matriciamento com a rede, entre outros. A criação de um protocolo COVID-19, a partir do funcionamento das fases determinadas pela gestão municipal e estadual, possibilitou a organização de atividades e projetos terapêuticos específicos internos e externos aos equipamentos, com prazos determinados e com restrições e possibilidades de intervenções previamente estabelecidas entre gestores e equipes. À medida que avançavam ou recuavam os números da pandemia, as unidades de Saúde Mental conseguiam minimamente manter um ritmo sem mudanças abruptas no cotidiano dos usuários e trabalhadores.

O dia a dia passou a ser sempre de muita tensão e exaustão, com alto número de afastamentos e licenças em saúde dos profissionais, além de questionamentos frequentes acerca da ausência da atenção territorial e comunitária no cotidiano. Enquanto gestora, minha angústia atravessava essa mesma questão. Entretanto, como manter a atenção psicossocial presente naquele panorama, cujo maior recurso da Reabilitação Psicossocial era, também, o maior inimigo da pandemia: relações vinculares, território, o domicílio, a comunidade, a coletividade, a proximidade, entre outros?

### **5.3.2.1 Atenção à Crise e Gestão: operando conceitos no olho do furacão III**

Em 2019, quando começo a jornada na *Cidade II*, o grande desafio era ocupar a gestão de um município marcado pela história da RPB, com importantes movimentos sociais e fechamento das instituições asilares da região.

O primeiro movimento foi mapear a RAPS com o objetivo de visualizar e compreender as demandas de cada território sanitário, dos serviços, as ofertas e ações de cuidados, lacunas, potencialidades e desafios. De início, já era possível verificar a defasagem da cobertura de serviços, presumidos em portarias, pontualmente, de CAPS e UBS com ESF, na maior área de vulnerabilidade e desigualdade social do

município. Tal fato, comprometia o PTS de cuidado integral e longitudinal dos usuários, resumindo em ações pontuais, essencialmente na crise, além de uma rotina marcada por um “cessar fogo” ininterrupto.

Por ser uma área marcada pelo contexto econômico-social de pobreza, não era raro usuários utilizarem o CAPS para suprir necessidades estritamente sociais: comer, tomar banho, dormir, ficar em acolhimento diurno ou noturno, sem necessidade terapêutica.

Alguns usuários ficavam a pedido dos familiares, principalmente em feriados e datas comemorativas, tratando o CAPS como uma espécie de “depósito”, para que pudessem viajar, realizar passeios, comemorações festivas ou outros afazeres sem a presença incômoda desse ente. O CAPS colocava-se no papel de tudo suprir, acionando outros setores de forma pontual, sem muitas exigências pela responsabilização do caso. Dificilmente algum usuário, sem necessidade dos cuidados ofertados pelo CAPS, era recusado, sobrecarregando as agendas dos trabalhadores, tirando foco de situações importantes e do investimento em casos mais graves.

O cenário afirma o que aponta MERHY (2004):

(...) de um lado, a existência de um cotidiano fortemente habitado por intensas demandas de cuidado, que usuários, muito múltiplos e, facilmente, em estados de crises, têm sobre a equipe; e, do outro, pela presença marcante de um imaginário do trabalhador, de que o seu agir clínico é suficientemente ampliado e a sua rede de relações intra e intersetorial, para além da clínica, é suficientemente inclusiva, que com os seus fazeres, o louco não vai ficar nem mais enlouquecido e nem excluído (p. 8).

Se a Atenção Básica ainda não incorporou as necessidades primárias de atenção à Saúde Mental, os usuários “menos graves” permanecem no CAPS, tirando o foco dos casos mais complexos, que exigem maior disponibilidade e investimento das equipes. Sem atenção devida, esses usuários entrarão em crise e desaguarão no PS de Psiquiatria, sem confiança de seus familiares para retorno ao CAPS. Fato constatado por um levantamento interno da Coordenação de Saúde Mental e da Coordenação do PS de Psiquiatria do Centro Hospitalar Municipal.

De todos os casos que chegavam ao PS de Psiquiatria, 75% dos usuários atendidos, aproximadamente, não retornavam para os CAPS, seguindo a Atenção à Crise na rede

hospitalar estadual de retaguarda: leitos de Saúde Mental em hospital geral e Hospitais Psiquiátricos. Ao filtrar os dados desses usuários, uma parte importante havia passado ao menos duas vezes por mês no PS, sendo encaminhada ao CAPS e retornado à porta da emergência. A lista deixava claro que se tratava dos usuários mais complexos, de maior exigência técnica e intensificação de cuidado no serviço CAPS.

### **5.3.2.2 Atenção à Crise e Gestão em Saúde Mental: entre a teoria, produção de cuidado e fluxos**

A partir desse cenário, a Atenção à Crise despontava como um fator crucial para a gestão. Ao mesmo tempo que havia um descrédito por parte dos profissionais médicos do PS de Psiquiatria de o CAPS atender, acolher e cuidar do usuário em crise, alguns profissionais dos CAPS subestimavam a potencialidade do próprio serviço no momento de maior sofrimento psíquico do sujeito. Não havia constrangimento, por parte dos técnicos de referência, do usuário ser encaminhado ao Hospital Psiquiátrico, onde este permanecia por até três meses.

A resposta à crise pode colocar em risco o projeto de Modelo Psicossocial e as bases de sustentação da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, tendo em vista ser recorrente utilizar os recursos da instituição total como saída “*mais fácil*” e inequívoca para esses episódios, sob as justificativas já discutidas, amplamente, em capítulo anterior.

Conforme aponta DASSOLER e PALOMBINI (2020), a crise ainda é representada sob aspectos do discurso psiquiátrico, que garante sua legitimidade através do discurso psicopatológico e com justificada supressão dos sintomas. A presença de comportamentos apresentados como de risco à integridade dos sujeitos e daqueles que estão no seu entorno legitima as instituições fechadas que apresentam como tecnologias o diagnóstico, a medicação e o enclausuramento com paredes e portas reforçadamente trancadas.

A remissão dos sintomas não garante a remissão da crise. O complexo da crise é o que ocorre antes e depois da manifestação dos sintomas, que dizem respeito aos cuidados psicossociais: acolhimento; escuta; manejos vinculares; intensificação de cuidados;

presença orientada; cuidado às famílias; atendimentos domiciliares; ampliação e fortalecimento das redes de apoio; promoção das contratualidades e protagonismo dos usuários; Projetos Terapêuticos que extrapolem as ofertas internas dos CAPS, como consultas e grupos etc.

A partir desse cenário e com base nos dados levantados na emergência Psiquiátrica, um fluxo de rede CAPS e Pronto-Socorro foi proposto. O objetivo era ampliar e fortalecer o CAPS III como serviço psicossocial substitutivo às instituições totais. O PS de Psiquiatria enviaria para a Coordenação de Saúde Mental e a Gerência de todos os CAPS, diariamente, pela manhã, um censo com os dados dos usuários que estivessem na Observação Psiquiátrica.

Na ausência de um instrumento oficial de acompanhamento e monitoramento diário dos usuários em Acolhimento Noturno (internação) nos CAPS, organizou-se um modelo que dialogasse com o Pronto-Socorro de Psiquiatria, construindo um fluxo na rede. A partir da experiência de outros municípios e do instrumento utilizado pelo Coordenador do PS, foi adotado um modelo simples de censo diário dos casos em HN nos CAPS, compartilhando entre si e com o PS.

O censo serviria para acompanhamento e monitoramento dos casos que estivessem no PS de Psiquiatria, a partir do pressuposto de que seriam os casos prioritários dos CAPS. Anteriormente ao fluxo, as equipes recebiam o contato da Assistente Social do PS informando sobre os casos, com o objetivo de o CAPS organizar a inserção desse usuário no serviço, o que continua em vigência até o momento. Para implantação do censo, foram realizadas as seguintes ações:

- A construção do processo foi elaborada pela Coordenação de Saúde Mental e Coordenação do PS de Psiquiatria. Inicialmente, fez-se o levantamento das portarias e dos normativos técnicos que diziam acerca do Acolhimento Noturno (internação) no CAPS, retaguarda da rede hospitalar de Observação Psiquiátrica, internação em leitos de Enfermaria Psiquiátrica em Hospital Geral e Internação em Hospitais Psiquiátricos. O objetivo era compreender melhor o conceito operacional de cada unidade, a

responsabilidade de cada serviço, suas limitações e potencialidades e como se articulavam entre si;

- Aproximação das equipes, a partir da intensificação da presença da equipe do CAPS no PS para discussão dos casos mais complexos;
- A discussão do conceito de crise e de urgência e Emergência Psiquiátrica. Esse ponto gerou importantes discussões, a partir da diferença de conceitos e abordagem dos profissionais do PS e dos CAPS. Entretanto, havia os profissionais, de ambos os pontos da rede, que convergiam na ideia da instituição fechada como lugar da Atenção à crise, consagrando a figura médica e a psicofarmacologia como imprescindíveis nesse processo, anterior a quaisquer outras ofertas terapêuticas, como escuta, acolhimento, abordagem corpo a corpo, restrição de espaço etc.;
- O Coordenador do PS de Psiquiatria detinha um censo, para monitoramento e acompanhamento interno. A partir disso, foi aprimorado e compartilhado. Atualmente, o censo é composto de duas abas: A primeira contém nome do usuário, idade, data de admissão, gênero, endereço, CID e CAPS de referência. A segunda aba informa todas as transferências realizadas dos usuários, o que permite acompanhar a inserção na rede interna CAPS ou encaminhamento para rede hospitalar estadual;
- O último passo se refere à pactuação das coordenações, dos gestores e equipes para realização, envio e acompanhamento diário dos censos; e
- O CAPS também utilizaria um censo próprio, compartilhado entre si, Coordenação de Saúde Mental e PS de Psiquiatria.

O Censo dos CAPS contém, essencialmente: nome; idade; CID; data de entrada do usuário no Acolhimento Noturno; referência terapêutica; território; justificativa (Conflitos Relacionais, Agitação Psicomotora, Tentativa/Ideação suicida, Ameaça à integridade física e psíquica do usuário, Heteroagressividade, Autoagressividade, Alucinação, Estado Ansioso Grave, Estado Depressivo Grave, Sintomas de Abstinência, Vinculação ao tratamento); e ações de cuidado (Atendimentos com Referência, Grupos e Oficinas, Cuidado à Família, Revisão e Ajuste de Medicação, Mediação de Relações Conflituosas, Articulação de Rede, Cuidados Clínicos).

Esse fluxo, possibilitou à Coordenação de Saúde Mental e aos Gestores a administração das vagas, o acompanhamento do cuidado caso a caso, registro e levantamento mensais da taxa de ocupação dos leitos por CAPS, troca de informações entre os serviços quando há necessidade de vagas, além de sanar a questão da recusa de usuários do PS de Psiquiatria por falta de vagas em algum serviço. Como exemplo, a taxa de ocupação dos quatro CAPS II, de janeiro a agosto de 2022, ficou em 51,5%.

Do ponto de vista qualitativo, ampliou as discussões acerca do conceito, manejo e da inserção dos usuários com necessidades de cuidados intensivos 24h, qualificou o Acolhimento Noturno, promoveu critérios técnicos para uso dessa tecnologia de cuidado e provocou as ofertas de atendimento às famílias quando seus entes estão em Acolhimento Noturno nos serviços. Questões que avançam e recuam, cotidianamente. Entretanto, não podem sair do foco diário dos gestores e das equipes.

Nesse caminho, com o propósito de ampliação e fortalecimento das ações de cuidado primordiais ao CAPS, desde 2019, os registros de produção – Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS), Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado (BPA-C) e Boletim de Produção Ambulatorial Inicial (BPA-I) – são acompanhados e monitorados.

Em 28 de agosto de 2012, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria 854/SAS, alterando e criando novos procedimentos de produção para os CAPS, fundamentado nos pressupostos e diretrizes do Modelo de Atenção Psicossocial, instituído no país desde o final da década de 1990 e reafirmado pela Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

Essa alteração provocou impactos financeiros na Pasta da Saúde Mental. Suspendia o faturamento dos serviços da Saúde Mental por quantidade de procedimentos, estabelecendo o repasse fixo mensal aos municípios, a partir da tipologia: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS AD e CAPS AD III, consoante com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.

As mudanças nos registros de produção ampliaram o panorama qualitativo das informações. A partir das ações executadas e lançadas nos sistemas, possibilitaram aos gestores o monitoramento e a qualificação do trabalho desenvolvido pelas equipes, dentro dos serviços, na comunidade e nas articulações de rede.

O conceito de cada procedimento, conforme descrição no SIGTAP, também se apresentou como um potente instrumento para qualificar e ampliar a compreensão das equipes no que diz respeito aos temas sensíveis ao campo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Psicossocial: Reabilitação Psicossocial, Atendimento Domiciliar, Atendimento Familiar, Matriciamento, Atenção à Crise, Redução de Danos, Ações de Articulação de Redes Intra e Intersetoriais, Promoção de Contratualidade no Território, entre outros.

Esses dados foram incorporados à rotina de Gestão em Saúde Mental da *Cidade II*, sendo encaminhados mensalmente aos gerentes dos CAPS, a partir da extração no TABWIN/SIA/SUS. Os dados são discutidos em Colegiado Gestor e apresentados às equipes mensalmente, gerando proposituras que permeiam desde a organização administrativa do serviço ao cuidado prestado pelos profissionais.

As informações obtidas a partir da RAAS e BPA, em julho de 2019, permitiram o diagnóstico e o panorama de cada serviço CAPS do município. Cenários que correspondiam a CAPS com perfil mais ambulatorial ou mais territorial e comunitário. Um fator que chamou a atenção nesse processo foi a dificuldade das equipes quanto à apreensão dos conceitos das ações da RAAS e BPA, descritos no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP), o que influenciavam diretamente os resultados quantitativos da produção.

Foram realizados encontros formativos, por meio de oficinas com os profissionais da equipe multidisciplinar, e administrativos, apresentando a importância dos dados como uma fotografia do trabalho realizado por cada serviço. Nesses encontros, os conceitos de cada procedimento descrito no SIGTAP foram discutidos e alinhados a fim de que fizessem sentido para a equipe. Instrumentos foram criados para facilitar a notificação de cada trabalhador, e os dados foram digitados pelo setor administrativo.

No que diz respeito aos leitos do PS e dos CAPS, os gestores não tinham conhecimento sobre as vagas que existiam em cada serviço. Não havia um fluxo instituído entre esses dois pontos da rede, tampouco entre as unidades, gerando inúmeros conflitos nesse processo de compartilhamento do cuidado. Nesse ínterim, as informações se perdiam. Muitas vezes, o caso era conduzido a partir do perfil do CAPS e/ou do trabalhador que estivesse na linha de frente desse processo, não havendo uma diretriz única de cuidado.

Era comum, a depender do profissional, dizer que o serviço não tinha leito, quando se encontrava com total possibilidade de receber o usuário ou articular com outro serviço que tivesse vaga. Assim, o PS, muitas vezes, inseria o usuário no sistema CROSS para regulação de vagas nos hospitais da rede estadual. Como resultados, obtiveram-se o diagnóstico da rede na Atenção à crise, a ampliação em torno de 25% das transferências dos casos para os CAPS e uma melhor comunicação entre as equipes.

Na ausência de outros instrumentos quantitativos e qualitativos para mensuração do funcionamento da rede, a produção da RAAS, BPA C, BPA I e o Censo Diário (CAPS-PS Psiquiatria) promovem o monitoramento, acompanhamento e fortalecimento da rede de atenção psicossocial. Outros elementos também são utilizados na gestão, mas não convém abrir para discussões. São eles: ouvidorias, processos advindos do Ministério Público, dispensa mensal de medicamentos, ocupação dos leitos dos CAPS, monitoramento das tentativas e dos óbitos por suicídio, *turnover* das equipes etc.

Todavia, essas ações são apenas pontas de uma engrenagem muito mais complexa quando se trata do tema da crise. A Atenção à Crise traduz a rede existente, suas lacunas, seus desafios, suas potencialidades, diz sobre o processo da Reforma

Psiquiátrica e o andamento do Modelo Psicossocial, os arranjos territoriais e a rede existente. É um tema que funciona como importante analisador enquanto conceito, clínica, serviços e fluxos estabelecidos na RAPS de um município.

Os autores DASSOLER e PALOMBINI (2020) ressaltam que:

(...) o atendimento à crise é considerado nevrálgico para a sustentação do processo reformista, na medida em que haveria dificuldades em sustentar avanços sem se ocupar da garantia desse cuidado nos diferentes pontos da rede, de acordo com a avaliação da gravidade da situação. Admite-se que os setores responsáveis pelo atendimento à crise continuam sendo os menos permeáveis às transformações realizadas pelas políticas públicas de Saúde Mental desde a década de 1980 (p. 283).

Os comportamentos bizarros, a agressão e a violência dizem sobre as rupturas da vida, dos laços sociais frágeis ou inexistentes, das redes de apoio inócuas, dos vínculos rompidos e expulsivos, das relações que fazem o outro ser quem é ou quem pode ser. A crise se manifesta onde é possível, com os recursos psíquicos inerentes a cada sujeito, o que exige um modo particular de atenção, assistência e apoio a cada um que chega ou, muitas vezes, não chega ao serviço, fazendo com que precisemos ir visitar e atender em seu domicílio.

As experiências apresentam a potência do cuidado quando realizado na comunidade, no território de vida e existência das pessoas, na interface de suas relações vinculares e redes sociais e de apoio. Quando há uma rede de amparo à família e uma presença orientada com intensificação de cuidados em momentos mais sensíveis do usuário e de seus familiares, a clínica psicossocial se fortalece.

### **5.3.2.3 Atenção à Crise e Gestão: operando conceitos no olho do furacão IV**

Esse tem sido o processo de (des)construção, nos últimos três anos, do CAPS II INFANTOJUVENIL na *Cidade II*, que oferta atenção em Saúde Mental a crianças e jovens. O serviço era constituído por uma equipe mínima, centrado na figura do médico, com atividades em grupos fixos e rotineiros, demarcados exclusivamente por faixa etária. Crianças ou adolescentes, que fossem usuários de substâncias psicoativas,

eram atendidos exclusivamente pelo CAPS AD ou tinham, minimamente, o cuidado compartilhado quando apresentavam outras comorbidades psíquicas.

Alguns pontos foram fundamentais para mudança desse cenário:

- Ampliação da equipe;
- Gestores com importantes trajetórias no SUS, no campo infantojuvenil e na Saúde Mental;
- Revisão dos procedimentos da RAAS e BPA enquanto ações de cuidado e ferramenta de gestão;
- Discussão e (des)construção com as equipes do conceito de CAPS II e seu papel na RAPS;
- Garantia do cuidado das crianças e dos adolescentes com uso de substâncias psicoativas, exclusivamente no CAPS II, sendo o CAPS AD apenas retaguarda para leitos 24h, em caso de necessidade;
- Ampliação das discussões e contratos com a rede intra e intersetorial;
- Conceitualização e qualificação de crise, garantindo o atendimento dentro do CAPS;
- Cuidado e apoio às famílias; e
- Propostas de discussão e ações de cuidados, específicos para alguns usuários, com relação aos temas geradores de sofrimento psíquico: gênero, racismo, transexualidade. Estar na cartografia de vida dos usuários, promover grupos e oficinas coletivas exclusivas para esses públicos, ocupar os espaços da cidade, como museus, clubes, parques, foram primordiais para o fortalecimento do vínculo, assistência e cuidado às famílias.

O CAPS II da *Cidade II* permanece permeado por importantes desafios e temas que não foram acessados, mas vêm produzindo trajetórias e processos alinhados à clínica psicossocial no território, práticas de intervenção no campo de vivência, moradia e circulação dos usuários, compartilhamento do cuidado e matriciamento em diversos pontos da rede. Outros destaques são a Atenção à Crise com intensificação de cuidado e apoio às famílias dentro do CAPS e a pauta dos temas historicamente excluídos,

como racismo, xenofobia, sexismo e drogas (lícitas e ilícitas). Um serviço com histórico ambulatorial cronificado em desconstrução, imprimindo no cotidiano a clínica ampliada, pautada no modelo psicossocial antimanicomial.

Nesse mesmo percurso da (des)construção, um trabalho árduo vem sendo realizado, desde 2019, no CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD) da *Cidade II*. Sair de um *modus operandi* sintomático de ambulatório e essencialmente de ofertas de grupos para uma perspectiva de clínica ampliada no território invoca uma (des)construção de conceitos, processos, fluxos, (in)compreensão da “Clínica AD”, (des)entendimento da Política de Redução de Danos *versus* Abstinência. É um processo em curso perene, minucioso, costurado fia a fio, que prescinde da negociação sutil na vida cotidiana dos profissionais, usuários, família, rede e gestão participativa.

Nessa perspectiva, foram determinantes na mudança desse serviço:

- A desconstrução dos (pre)conceitos do público assistido e da clínica AD;
- Atenção à Crise e garantia de acolhimento integral (24h) para além da sintomatologia psiquiátrica, com foco nas fragilidades dos vínculos e das contratualidades sociais dos indivíduos;
- Fluxo instituído de desintoxicação na unidade e em parceria com as UPAS;
- Discussão dos casos de forma presencial e intensiva nas UBS, UPAS, PS de Psiquiatria e Consultório na Rua, promovendo a corresponsabilização do cuidado;
- O CAPS AD no território, com outros atores da rede, como NASF, UBS, CRAS, CREAS, Apoio de Território, entre outros;
- Suporte, cuidado e orientação às famílias;
- Fortalecimento e protagonismo da equipe de enfermagem e construção de protocolos da clínica AD;
- Fortalecimento e garantia da Política de Redução de Danos;
- Intensificação de cuidados, acompanhamento e monitoramento dos casos mais graves; e

- Gestão participativa dos processos, com construções coletivas com a equipe e avaliação de desempenho contínuo.

Postos todos esses avanços no CAPS AD da *Cidade II*, alguns pontos continuam intrincados como novos desafios a serem percorridos: matriciamento, cuidado dos casos com menores complexidades no campo AD e o tema da dependência química dos opioides e benzodiazepínicos.

## 6. CONSIDERAÇÕES E APONTAMENTOS: POR FIM, O QUE NOS FAZ CONTINUAR A CAMINHAR OU CAMINHANDO

*Não serei o poeta de um mundo caduco  
Também não cantarei o mundo futuro  
Estou preso à vida e olho meus companheiros  
Estão taciturnos, mas nutrem grandes esperanças  
Entre eles, considero a enorme realidade  
O presente é tão grande, não nos afastemos  
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas  
(Carlos Drummond de Andrade, 1978)*

Há nós, há laços.

Como introduzir a discussão do uso de drogas do ponto de vista subjetivo e cultural em nossas RAPS? Nessa perspectiva, como ampliar o olhar, em especial, para a criança e para o jovem? Como produzir reparações ao público infantojuvenil ainda invisíveis nos normativos técnicos e legislações em Saúde Mental?

Indubitavelmente, a Atenção Básica ocupa o lugar mais importante no cuidado das pessoas. Entretanto, quantas exigências podemos fazer às Unidades Básicas de Saúde que não incorporaram na sua rotina o cuidado às pessoas que sofrem psiquicamente? Como incorporar a produção de cuidado em Saúde Mental nos processos de trabalho da Atenção Básica?

Como fortalecer a visita domiciliar como uma estratégia de produção de cuidado em Saúde Mental no contexto das práticas de territorialização da RAPS? Como o domicílio pode ser a porta de entrada para a produção de cuidado, vida e protagonismo dos usuários?

Entre muitas outras, essas foram as principais problemáticas que suscitaram necessidade de aprofundamento nos estudos durante o processo que aliou

autorreflexão e construção das narrativas, amparadas em base teórica, sobre as minhas experiências no cuidado das pessoas em sofrimento psíquico num momento de crise.

### **6.1 Cuidado psicossocial na crise: o papel da territorialização**

Na maioria dos casos complexos, é comum ouvirmos dos profissionais que o usuário não adere ao tratamento, que foram esgotados todos os recursos, que acionaram toda a rede, realizaram infinitas ações, e, ainda assim, o sujeito continua do “*mesmo jeito*”. Será mesmo que o sujeito nunca se modifica diante de tantas ações de cuidado? Quantas vezes fomos ao território e ao domicílio? Somos capazes de esgotar todas as nossas ferramentas de trabalho em um só caso? Como a família tem sido orientada e acolhida? Será que foram ofertadas todas as possibilidades de escuta? Um acolhimento cuidadoso? Houve espaço, delicadeza e postura ética para possibilitar a formação de um vínculo? Como o profissional se sentiu afetado no caso? Os profissionais agiram em rede ou individualmente?

Como aposta ZEFERINO (2015):

Ressignificar a atenção às crises para além do silenciamento dos sintomas e do isolamento do sujeito inclui lidar com a complexidade e com a incerteza, o que impacta diretamente na capacidade dos profissionais e serviços em disponibilizar-se a atuar em redes substitutivas ao modelo asilar, reorganizando seus processos de trabalho e articulando suas práticas (p. 13).

Todos os sinais, códigos, números apresentados sobre o paciente nas instituições se dissolvem quando vamos ao encontro deste sujeito no seu local de pertencimento, de vida, de relações, de conflitos, de amores, de contratualidades. O território real nos aporta para “*uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante*” que não se configura “*a um espaço geográfico ou uma área física delimitada, mas pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento.*” (SUNDFELD, 2010, p. 1082).

O território é o começo de tudo, que desponta como “*o lugar em que desembocam todas as ações, todas as paixões, todos os poderes, todas as forças, todas as*

*fraquezas.*” (SANTOS, 2007, p. 13). Quando há abertura para percorrer os itinerários dos mapas pendurados nas paredes dos serviços, o profissional vai percebendo “o território como totalidade daquilo que faz vínculo entre dois (ou mais) protagonistas em uma situação” em que é possível produzir “uma infinidade de possibilidades” (ZYGOURIS, 2002, p.17).

Ocupar esse território vivo não somente afeta o imaginário dos profissionais como exige novos olhares e condutas terapêuticas. Tal fato pode desencadear certa ansiedade nos técnicos que ainda não se dispuseram de outras possibilidades que não sejam as institucionais, com um *setting* terapêutico fechado e conhecido, portanto, protegido de quaisquer intercorrências. Fora das salas de atendimento, os profissionais precisarão desenvolver novas habilidades, a fim de lidar com o desconhecido, inesperado e as peculiaridades de cada logradouro. As regras e rigidez que valem para as instituições não farão qualquer sentido nesse campo comunitário. Ao contrário, nesse espaço, quem demarca o tempo, espaço e a dinâmica é sempre o usuário, instaurando um espaço clínico que não está sob controle e gestão do profissional e, muito menos, do serviço.

A territorialização exige uma postura criativa das equipes e o contrato com as mais diversas parcerias – com instituições de saúde, de educação, da assistência social, bares, igrejas, associações comunitárias e de bairros, ONGs, entre outros –, que podem tornar as transferências na relação profissional-usuário menos complexas. Isso, pois, previamente à chegada dos técnicos, já habita uma lógica de funcionamento psíquico e social das pessoas e da comunidade.

NUNES et al. (2007) reafirmam as proposições apresentadas:

o manejo do território na perspectiva do cuidado ao portador de transtorno mental, o que inclui a incorporação das relações e dinâmicas sociais que aí se realizam, pressupõe o desenvolvimento de novas tecnologias que questionam uma clínica tradicionalmente pautada no indivíduo e que, muitas vezes, negligenciou os aspectos sociais e políticos das experiências dos sujeitos (p. 2381).

Em extenso, ZEFERINO (2015) levanta alguns pontos importantes que devem ser considerados quando se trata da perspectiva comunitária:

- Considerar os usuários no contexto domiciliar e da família;
- Foco nas necessidades do indivíduo e da família;
- Flexibilidade: contatos planejados e não planejados;
- Respostas para as necessidades dos usuários que se modificam;
- Ênfase em tomadas de decisões e negociações compartilhadas (entre a equipe e entre a equipe e os usuários);
- Combinação entre intervenções farmacológicas, psicológicas e sociais;
- Visão de que os sintomas não necessariamente determinam o contexto correto de cuidado para cada pessoa;
- Ênfase no empoderamento da responsabilidade de cada usuário sobre suas escolhas e consequências; e
- Usuários do serviço assumem a responsabilidade por seus comportamentos e a responsabilidade legal, caso cometam um crime.

O autor SANTOS (2005, p. 255) afirma que: “*o uso do território e não o território, em si mesmo, que faz dele objeto de análise social, o território em questão é o território usado.*”. Ou seja, pensar o território como lugar sofisticado de cuidado, como espaço vivo de produzir potencialidades que se estende até o domicílio. Na rede que podemos acionar e tecer a partir da casa, dos múltiplos vínculos que se formam e se fortalecem na vizinhança, na comunidade. De um *setting* terapêutico que não exige uma instituição física para a produção do cuidado, mas ferramentas de trabalho condizentes com as exigências do sujeito e de sua família.

## **6.2 Cuidado psicossocial na crise: Atenção Domiciliar como uma tecnologia de cuidado nas práticas de territorialização**

O estado de crise no campo da Saúde Mental é agenciador de múltiplas angústias e embaraçamentos. Nos usuários, a ruptura com o estado de homeostase pode acarretar comportamentos e ações em desalinho com o padrão de normalidade determinado pelo

meio social. Para alguns sujeitos, o uso de drogas (lícitas e ilícitas) é identificado como único recurso psíquico, por exemplo, como afirma DELGADO (2010):

Todas as pessoas que usam drogas de forma prejudicial - todas – buscam a droga porque outra forma de lidar, ou tratar, não foi capaz de aplacar aquela angústia, aquela experiência de existência que está sendo vivida com sofrimento. Isso é fundamental para desenvolver uma perspectiva de tolerância e uma perspectiva de abordagem da droga, não como desafio de retificação de comportamento, de normalização e normatização. Ter em conta isso é fundamental (p. 42).

O panorama da crise, acompanhado de comportamentos bizarros, alterados, persecutórios, discursos hipoteticamente vazios de sentido e entendimento, vão alimentando a ideia de um suposto traço de “periculosidade” que o louco historicamente carrega. Nesses momentos, a tolerância social aos usuários com sofrimento psíquico diminui, e o núcleo familiar passa a ser convocado para resolução imediata.

A família que habitualmente carrega na comunidade o estigma, também necessita agenciar entre o seu ente em crise e as ressonâncias sociais provocadas no território. Ao recorrer aos serviços, os familiares fazem uma tentativa de compreender o fenômeno da crise com o objetivo de conseguir operar nessa relação com o que se apresenta como uma incógnita: agenciar as próprias angústias e medos produzidos ou apartar o usuário do meio social. Por sua vez, os profissionais e as instituições, pela falta de repertório clínico para atender ao fenômeno das crises psíquicas, promovem a culpabilização das famílias, ampliando os tensionamentos e as inquietações. Como aposta SILVA (2015):

a crise como relacional – é mais que um conjunto de sintomas psicopatológicos, a crise não é reduzida ao fator psíquico, está na ordem do social. Neste contexto, o manejo da crise deve levar em conta as relações do indivíduo com o meio em que vive. O surgimento de um membro familiar com transtorno mental intensifica a insegurança e o desconforto, uma vez que a enfermidade apresenta-se como uma ruptura na trajetória existencial; os familiares experimentam uma vivência de catástrofe, que desestrutura as formas habituais de enfrentamento, gerando conflitos e dúvidas (A ATUAÇÃO DOMICILIAR NA SITUAÇÃO DE CRISE, 2015).

Ademais, cabe advertir a respeito dos casos crônicos e graves que não conseguem acessar os serviços pelo estado de crise, sendo desconhecidos pelas equipes do território. Muitos encontram-se reclusos, trancados em casa, às vezes, altamente

medicados. Amiúde, as dinâmicas e rotinas institucionais tornam-se mais expulsivas que acolhedoras frente a esses cenários. Esse sujeito dificilmente atenderá aos requisitos de um PTS fechado ao espaço do serviço, com embaraços às propostas que não fazem sentido ao seu modo de vida e de relações, correndo-se o risco de fazer parte do seletivo grupo que “não adere” aos cuidados ofertados.

A proposta psicossocial exige extrapolar os recursos institucionais. Nesse sentido, a Atenção Domiciliar configura-se como uma tecnologia de cuidado sofisticada, de base comunitária, que visa a promover o cuidado aos usuários e as relações vinculares existentes nesse espaço.

A clínica psicossocial das psicoses está baseada nesse recurso, o manejo das relações vinculares é a orientação nessa clínica. Atenção domiciliar é tomar o domicílio como *locus* de ofertas de atenção, sua característica é de um *setting* completamente tenso, conturbado, confuso. A atuação do operador de saúde neste caso é o de uma mediação deste *setting*, em busca de promover deslocamentos nas dinâmicas relacionais, promovendo um novo lugar para o portador de transtorno mental dentro de seu entorno social ([HTTP://ABRAPSO.ORG.BR/2009](http://ABRAPSO.ORG.BR/2009)).

Nas práticas de territorialização, a Atenção Domiciliar, tecnologia de cuidado potente, mas complexa, é egressa dos princípios da Reforma Sanitária e da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Vale salientar que, com o PACS, deram-se os passos decisivos para produzir o reposicionamento da centralidade no trabalho médico e para estabelecer ações de saúde extramuros nos serviços de Atenção Básica (GIOVANELLA e MENDONÇA 2008).

A atenção à Saúde Mental oferecida no domicílio possibilita compreender e intervir na dinâmica de vida do sujeito, no que produz tensão, sofrimento, angústias e embaraços. No entanto, é preciso considerar que as pessoas no espaço privado da casa têm seus hábitos, rotinas, modos próprios de operar a vida, de significar os fenômenos do processo saúde-doença, de se organizarem entre si, nas suas relações e na ocupação da arquitetura dessa casa. Adentrar esse espaço vai requerer delicadeza e ética inclusive para possibilitar o acesso aos novos aspectos da vida dos sujeitos. Ao mesmo tempo, os profissionais de saúde operantes dessa prática acabam tornando-se depositários de assuntos íntimos e particulares das famílias, bem como de suas angústias, conflitos e demandas (ABRAHÃO e LAGRANGE, 2007).

Exige a habilidade de agenciar as distintas necessidades dos membros da família e selecionar aquelas possíveis de serem atendidas dentro do escopo terapêutico de que todos necessitam. A escuta passa a ser tecnologia fina, abrindo espaços de acolhimento, confiança e cuidado.

No contexto da reforma da atenção psiquiátrica, a escuta sobressai como uma das habilidades interpessoais a serem aprendidas por todos os profissionais de saúde. (SOUZA et al., 2003, p. 93).

Ao aportar no domicílio, a escuta é apresentada como uma ferramenta disponível aos sujeitos. É esperado que o profissional se disponha de forma simpática às mais diversas queixas, dificuldades, fantasias, dúvidas e histórias de dor, sofrimento, vulnerabilidades que, aos poucos, são trazidas pelos membros. É preciso ouvir todas as versões de forma cuidadosa e, principalmente, sem julgamentos e de forma imparcial.

Como aponta BARBIER (1998):

A escuta sensível é, antes de tudo, uma presença meditativa a pessoa que está neste estado meditativo está em um estado de hipervigilância, de suprema atenção, ao contrário de estar em um estado de consciência dispersivo. Por esta razão, a escuta, neste caso, é de uma sutileza inigualável. A escuta é sempre uma escuta-ação espontânea. Ela age sem mesmo pensar que o faz. A ação é completamente imediata e se adapta perfeitamente ao evento (p. 169)

Outro aspecto importante no campo da Atenção Domiciliar é o estabelecimento do vínculo, compreendido aqui como a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com o(s) outro(s), a cada caso e a cada momento, com modos distintos na qualidade, intensidade e manutenção. Para PICHON-RIVIÈRE (1992), vínculo é um componente sempre social, determinado por um tempo e espaço. O vínculo é a base, principalmente no campo da Saúde Mental, para o processo de trabalho e as ações terapêuticas desenvolvidas pelo profissional e sua equipe, e é alicerçado em relações de confiança, paciência, zelo, sensibilidade e afabilidade.

No domicílio, o desafio encarrega-se de negociar as diversas relações vinculares que venham a ser estabelecidas, que se encontram rompidas, fragilizadas e/ou conflituosas.

O processo vincular será estabelecido a partir da escuta, do acolhimento, do diálogo, da troca de saberes, da intensificação da presença do profissional na casa, o que, em muitos casos, solicitará disposição e tempo do profissional para que se efetive a construção do vínculo.

Em específico, no campo da Saúde Mental, levando em conta a complexidade de alguns casos no processo dos manejos vinculares, é muito comum que alguns sujeitos não queiram receber a equipe ou o trabalhador logo de início, produzindo grande ansiedade no profissional, mas o entusiasmo, o modo repetitivo e delicado dessa presença vai dando lugar a uma relação de confiança e cuidado.

Alguns pacientes levarão meses para que a presença de um “outro” no seu espaço de convivência diária não seja mais estranha, invasora e, portanto, fator de angústia e, muitas vezes, de desorganização psíquica.

Como aponta ZYGOURIS (2002), *“o que faz vínculo entre dois seres humanos são os alicerces de uma presença, alicerce das singularidades jamais generalizáveis.”* (p. 17).

Ainda assim, é preciso estar atento e sensível para perceber o movimento mínimo da construção vincular, seja um olhar pela fresta da janela ou pelo cobertor, uma troca de olhares, um riso de canto de boca, um resmungar pela ausência no encontro anterior, gestos que vão sugerindo a autorização para que o outro, cada vez mais, possa se aproximar.

No contraponto, quando se opera numa lógica apreensiva, ansiosa, precipitada, invasora ou de tutela, o processo vincular corre o risco de fracassar e, inclusive, desestabilizar o sujeito e sua família.

Na experiência relatada do PADAC, ao término do estágio, alguns apontamentos foram levantados como justificativa da potência da Atenção Domiciliar como tecnologia de cuidado na Atenção à Crise, como afirma SILVA (2015):

- (1) a abordagem das situações críticas que envolvem a desorganização do paciente e seu grupo familiar, configurando situação de perda do alcance do serviço para a oferta de cuidados;
- (2) o trabalho territorial se destaca por estar centrado na família, nas redes sociais do paciente, através do manejo das relações vinculares deste, tendo como objetivo produzir interferências nas posições relacionais cristalizadas de modo a produzir deslocamentos subjetivos e objetivos dos envolvidos, reconfigurando a situação inicial;
- (3) rematricamento do paciente e seus familiares para a atenção contínua no serviço originário – no caso, o CAPS; e
- (4) centramento do domicílio como *locus* de cuidado (A ATUAÇÃO DOMICILIAR NA SITUAÇÃO DE CRISE)

Ao transpor as adversidades, a Atenção Domiciliar amplia o entendimento e a capacidade de intervenção sobre o usuário e sua família, produzindo diálogo entre o psiquismo e a cultura; mediando as relações do indivíduo com o mundo, confirmando a proposta apresentada por THORNICROFT e TANSELLA (2010):

O deslocamento do sistema de Saúde Mental dependente de hospitais para um que consiste no equilíbrio entre serviços hospitalares e comunitários implica muito mais do que somente a relação física dos locais de tratamento. Ele implica também uma reorientação fundamental de perspectivas. Em parte, isso requer novas atitudes das equipes (p.150).

### **6.3 Atenção Básica e Saúde Mental: os desafios da superação do “especialismo” e da cultura médico-hospitalocêntrica**

O tema da Saúde Mental na Atenção Básica (AB) apresentou-se com importante incongruência nos itinerários percorridos. Ao mesmo tempo que o sertão baiano retratou o processo de cuidado em saúde mental exclusivamente pelos profissionais da AB, os municípios da Grande São Paulo, *Cidade I* e *Cidade II*, denotaram resistência e dificuldades, apesar das amplas redes existentes e consolidadas.

Nos grandes municípios, os profissionais médicos (clínicos, generalistas e com especialização em saúde da família) e outros membros das Unidades Básicas de Saúde preteriam ao atendimento dos usuários com sofrimento psíquico. Os obstáculos postos referiam-se à falta de capacitação e conhecimento em Saúde Mental, a dificuldades na prescrição psicofarmacológica e a questões da coisa mental como um campo que só poderia ser tratado por profissionais e serviços especializados na área “psi”. Entretanto, os embargos descritos não isentam os profissionais de saúde dos cuidados em Saúde Mental, em qualquer ponto da rede, haja vista a discussão posta acerca da RAPS e da responsabilidade sanitária de cada serviço.

Idealmente, nessas situações, as equipes da UBS podem dispor dos espaços de matriciamento com os CAPS para ampliar o aporte teórico e técnico, qualificar os profissionais, repensar as condutas e as prescrições médicas e, até mesmo, compartilhar o cuidado, visando a fortalecer o vínculo da AB com os usuários e suas famílias e a promover a corresponsabilização sanitária.

Se no imaginário da população há uma sobrevalorização dos especialistas, e entre os profissionais da AB há um “menosprezo” pelos usuários em sofrimento psíquico, onde esses sujeitos serão cuidados?

Proposituras apontadas em pesquisas há mais de uma década (DIMENSTEIN et al. 2005; VECCHIA e MARTINS, 2009) sugerem que a articulação Atenção Básica-Saúde Mental persiste em uma questão embaraçosa e crônica. Apesar do amplo debate na literatura científica, não houve intervenções suficientes para modificar esse cenário.

Com a extinção do NASF, as ofertas, quando ocorrem, têm sido restritas à prescrição médica, apresentada como a principal prática terapêutica em saúde mental nas unidades de saúde. Sem discussões mais amplas, tem-se promovido a patologização e a medicalização da vida, além de usuários com importante dependência de psicotrópicos.

Tal consumo está relacionado ao papel preponderante exercido pela indústria farmacêutica na atenção à saúde, à força do modelo biomédico ancorado na biologização do processo saúde/doença, às concepções e práticas de saúde, destaca como bem como às demandas de felicidade características da modernidade, “concretizáveis” por meio dos medicamentos, especialmente os psicotrópicos (DIMENSTEIN et al., 2005, p. 27).

DIMENSTEIN et al. (2018), com base em informações do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) e da RAPS no Brasil, levantaram as ações e articulações produzidas em Saúde Mental na Atenção Primária. Tinham como hipótese que o país possui municípios com vazios assistenciais importantes e fragilidades na articulação dos pontos de atenção, bem como ofertas de cuidados que desconsiderariam as reais necessidades da população. Os dados revelaram pontos críticos que colocariam em risco os processos de substitutividade e desinstitucionalização estabelecidos na Reforma Psiquiátrica e firmados no Modelo de

Atenção Psicossocial. Seriam incluídos, nesse contexto desfavorável, os casos que exigem menor gestão do cuidado, que são suscetíveis ao fenômeno da patologização e da medicalização da vida.

Ainda, no mesmo estudo, os resultados identificaram a fragilidade da atenção à Saúde Mental na Atenção Básica, principalmente ao analisarem os atributos “abrangência ou integralidade”. Os achados revelaram uma AB que não opera tecnologias de cuidado para os casos de sofrimento psíquico, cujas equipes se mostram sem preparo e com ínfimas ações de atividades em grupos.

Apesar de as ações de matriciamento se apresentarem com porcentagens de destaque, os autores colocam em dúvida se os casos da Saúde Mental são abordados nesses espaços, se há participação de toda a equipe nesses encontros e se o próprio processo de matriciamento é utilizado como ferramenta de trabalho e de educação permanente.

Além disso, as equipes estavam distantes de compreender que o acolhimento e a escuta são ferramentas sofisticadas e que tecnologias leves de cuidado afetam todos os profissionais de saúde. A angústia dos profissionais centrava-se na fragilidade ou na ausência da racionalidade clínica em Saúde Mental, a mesma existente no campo biomédico e que pode ser comprovada por meio de exames laboratoriais ou imagens. Além da existência de uma expectativa em resolver a demanda em Saúde Mental de forma imediata e, se possível, em um único atendimento.

Para ilustrar os desafios enfrentados no tocante à atenção à Saúde Mental na esfera da AB, a *Cidade I* disponibilizava importantes investimentos com processo de matriciamento, de educação permanente e com encontros formativos com Facilitadores de Território, instituídos e garantidos, para todas as equipes, pela gestão municipal.

Esses processos ocorriam de forma regular, com agenda previamente estabelecida e acordada entre os serviços. Eram espaços com encontros potentes que tinham como foco proporcionar um campo de debate da teoria e da prática cotidiana, destacando os casos complexos do território e suprimindo as dúvidas da clínica médica e psicossocial. Trocas de saberes, compartilhamentos das angústias, organização e

revisão do PTS do usuário eram promovidos nesses momentos. Mesmo com normativo legal, diretrizes e portarias que favoreciam as práticas de cuidado em Saúde Mental, muitos profissionais declinavam de atender e rogavam pela contratação de psiquiatras e psicólogos para as UBS.

As maiores queixas oriundas da ouvidoria municipal eram provenientes de munícipes exigindo a sua permanência nos serviços CAPS. Ao averiguar os casos, constatava-se, em sua maioria, que se tratava de pessoas com quadros leves de ansiedade, depressão, tristeza, sem maiores contextos de episódios crônicos ou persistentes, sem rompimentos vinculares ou conflitos familiares, que demandavam que fossem tratados nos CAPS.

Referimos mais uma vez DIMENSTEIN et al. (2005) para explicar tanto as atitudes dos profissionais quanto da população nessa situação:

A integração do PSF com as políticas de Saúde Mental, por sua vez, implica também transformações profundas nas práticas de saúde institucionalizadas. A lógica dos ‘especialismos’, ainda muito arraigada à cultura médico-hospitalocêntrica, encontrada entre os técnicos e mesmo entre a população usuária, dificulta a implementação de novas formas de cuidado (p. 27).

Entretanto, é sabido o lugar de potência da AB para as práticas de cuidado psicossocial, como apontam DIMENSTEIN et al. (2005):

Tais características indicam claramente a potencialidade de a Atenção Básica se constituir no plano privilegiado para o acolhimento das necessidades em Saúde Mental, com intervenções que rompem com o modelo manicomial e segregador, assim como com as relações de tutela e controle social do louco. Além disso, consideramos que a inserção da Saúde Mental nesse nível de atenção é estratégia importante para a reorganização da atenção à saúde que se faz urgente em nossa realidade, na medida em que rompe dicotomias tais como saúde/Saúde Mental, exigindo a produção de práticas dentro do princípio da integralidade. A inclusão das questões de Saúde Mental na política de implantação do PSF mostra-se como uma efetiva forma de inibir a fragmentação, a parcialização do cuidado, pois há uma proposta de atuação baseada na integralidade das ações, concebendo o indivíduo de forma sistêmica e elegendo a família como *locus* privilegiado da intervenção. (p. 25)

A tecnologia da visita domiciliar, a territorialização e as ações comunitárias surgem como estratégias de cuidado em saúde mental, reforçando os princípios de acesso universal, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde – SUS, sendo possível

de executar inclusive nos pequenos municípios, conforme descrito nos itinerários do capítulo V.

Com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do NASF, ampliação e qualificação da AB, altera-se o cenário de uma assistência quase que exclusivamente biomédica para o de um processo de atenção continuada, integral, multidisciplinar e territorial.

A partir de então, a atuação dos técnicos de saúde se destinaria à desconstrução do paradigma biomédico, com foco nas diretrizes do SUS, por meio do estabelecimento das relações vinculares usuário-equipe-redes comunitárias, bem como de planos de atuação terapêutica, ajustados ao meio e aos modos de convívio dessas pessoas (DIMENSTEIN, 2005).

O atendimento domiciliar, como apresentado anteriormente, desponta como tecnologia sofisticada, tal qual afirmação do autor MERHY (2007):

(...) o fato de o cuidado em saúde ser produzido num território não institucional – o domicílio – e de se propor a produzir alternativas substitutivas à organização do cuidado, coloca os atores de outro modo em cena e abre novos espaços para a inovação. (...) Assim como acontece na Saúde Mental e no trabalho dos agentes comunitários de saúde, a tensão é constitutiva desse novo espaço institucional de cuidado. Tensão essa que pode ser produtiva, convertendo-se em fator favorável à Atenção Domiciliar como espaço de ‘desinstitucionalização’, potencialmente produtora de inovações (p. 55).

São ofertas que garantiriam genuinamente cuidados psicossociais aos usuários da Saúde Mental, exigindo poucos recursos terapêuticos ou especialidades no seu Projeto Terapêutico. A AB, desde a sua instituição, possui um modelo favorável às práticas comunitárias, comportando a atenção psicossocial.

## CAPÍTULO 7 - ENTRE OS NÓS E OS LAÇOS: A TÍTULO DE CONCLUSÃO

*Ide, tendes estradas  
Tendes jardins, tendes canteiros  
Tendes pátria, tendes tetos  
E tendes regras, e tratados  
E filósofos, e sábios  
Eu tenho a minha loucura.  
(Cântico Negro, José Regio)*

A construção deste trabalho, a partir dos itinerários por mim percorridos, coloca em evidência o complexo tema da Atenção à Crise no campo da Saúde Mental, quando seguimos o caminho calçado pelas diretrizes do SUS, da Reforma Psiquiátrica e do Modelo de Atenção Psicossocial.

Os itinerários descritos desvelaram distintas facetas da RPB no país, expressas nos diversos arranjos e organizações para a implantação da RAPS. Os itinerários ainda me permitiram mergulhar numa profunda reflexão sobre as percepções, expectativas e intervenções promovidas nos espaços e nos manejos com os sujeitos e suas famílias em momentos de enorme fragilidade e tensão.

Em cada experiência narrada, foi possível apurar como o foco está sempre no sujeito, como somente a loucura ou o uso da droga se destacam, sem a contextualização do indivíduo e de seu núcleo familiar, geralmente afetados pelo registro histórico e simbólico de graves marcas da exclusão e desigualdade social, de violências múltiplas, falta de acesso aos direitos básicos, à moradia, ao emprego e à renda para uma vida digna.

Vivemos em um país marcado por profunda desigualdade social, que consolida historicamente hierarquias de poder econômico, político, cultural, material e simbólico e que determina quem é ou não “gente”. Nessa perspectiva, vai se construindo a subcidadania brasileira, conceituada pelo sociólogo SOUZA (2003) como:

uma hierarquia valorativa das pessoas – implícita e enraizada institucionalmente de modo invisível – que determina quem é ou não *gente*, e, por consequência, quem é ou não cidadão. Tal processo incide fundamentalmente nos acessos diferenciados aos recursos materiais e simbólicos na vida social (p. 57).

Se as condições são iníquas e injustas, as exigências de capacidades e de disposições intelectuais e morais são as mesmas para os indivíduos marginalizados e os de outros segmentos sociais. A disputa desonesta desde os tempos da escravidão no Brasil é posta como normal, naturalmente incorporada pela sociedade e justificada pelas premissas capitalistas da meritocracia e do esforço pessoal. Culpabilizam-se individualmente os sujeitos, desresponsabilizando a sociedade e suas esferas políticas (SOUZA, 2003).

Nosso usuário, factualmente alcunhado de louco, está situado entre os que não podem viver em sociedade por seu status, suas condições subjetivas. Além disso, impõe-se a ele uma condição econômica e social precária, de modo que, além de “*não ser gente*”, também não lhe é permitido ser cidadão. Raciocínio que permite esclarecer a consagrada não priorização do investimento de recursos financeiros nas Políticas Públicas em Saúde Mental, apesar dos elevados e crescentes números epidemiológicos, que revelam, cada vez mais, a existência de pessoas em sofrimento psíquico grave e persistente.

Um país que mingua acesso aos direitos básicos tampouco fará investimentos em serviços de base comunitária, territorial, com aporte de cuidado aos sujeitos socialmente marginalizados e com a marca do sofrimento psíquico em suas vidas.

Não obstante a permissividade e o direcionamento de aportes financeiros do poder público brasileiro aos grandes manicômios por décadas, a evidente despreocupação dos governantes e da sociedade com as condições sanitárias precárias, instalações físicas insalubres e práticas coercitivas traduzem a *má fé institucional*, corriqueiramente vivenciada pelos usuários da Saúde Mental (SOUZA, 2009).

Vale salientar que o movimento da RPB foi incitado e construído, como descrito ao longo deste trabalho, essencialmente, por usuários, familiares e trabalhadores. E segue sendo fortalecido pelos mesmos autores, por intermédio dos movimentos sociais,

assembleias, conferências e conselhos de saúde. O tema da exclusão precisa se fazer presente no cotidiano dos serviços, nos grupos, coletivos, assembleias nos CAPS. Como aponta SAWAIA (2009, p. 98): *ao falar de exclusão, fala-se de desejo, temporalidade e de afetividade, ao mesmo tempo que de poder, de economia e de direitos sociais.*

As histórias narradas elucidam as múltiplas possibilidades da atenção em Saúde Mental, mesmo em situações de crise dos usuários: os cuidados no domicílio, na comunidade, no território. Igualmente, apresentaram a possibilidade de (re)invenção dos serviços, de produções de cuidado psicossociais, estreitando a relação serviço e cartografia de vida dos usuários.

A cidade do interior baiano apresenta uma rede pequena, quase artesanal. Os fluxos são instituídos na pessoalidade. O trabalho se aproxima da arte de bordar: ponto a ponto, arremata a linha, dá o nó. Expõe a potência da comunidade, do território vivo, dos fortes e imprescindíveis vínculos estabelecidos nesses locais, dos arremates necessários com muitos atores para promover o Projeto Terapêutico.

Na ausência de uma rede robusta e sem muitos profissionais, a cidadezinha baiana convoca ao esforço cotidiano dos arranjos, dos recursos no entorno social dos usuários, do domicílio como lugar de cuidado e atendimento, da boa comunicação entre a rede formal e a informal. Negociações sutis, delicadas. Há dificuldades, receios e indisposições para o campo da Saúde Mental. O refazer do trabalho é diário e perene.

A cidade grande traz outros desafios: o foco no indivíduo, no serviço, na agenda médica, na medicação assistida, na participação da “grade de atividades”. Esse contexto leva facilmente à desconsideração da potência do apoio da rede, da família, do entorno social, que são imprescindíveis na contratualidade do sujeito, no seu protagonismo. Esses aspectos são fundamentais de se ter em conta, principalmente no suporte em momentos de rompimento, que ocasionam grande sofrimento psíquico ao usuário e ao seu entorno familiar e social. Os PTS, em sua maioria, ainda se encontram restritos às consultas médicas, aos atendimentos individuais com referência terapêutica, grupos ou oficinas aleatórias. Tudo anotado com precisão de dia e horário no cartão do CAPS.

O sujeito se desloca em dias e horários determinados para a realização de oficinas, que são favoráveis apenas ao tempo e ao espaço do serviço e dos profissionais. Poucos grupos ou atividades são pensados ou construídos coletivamente. Em muitos momentos, há produções de vida, de rede, de ações potentes que mudam a trajetória do usuário para o protagonismo e novas dinâmicas psicossociais.

Nas *Cidades I e II*, os Núcleos de Geração de Renda e Economia Solidária pulsam vida cotidianamente. Os usuários assumem um lugar importante nesses serviços, a partir da perspectiva do trabalho: cozinham, costuram, fazem e restauram móveis, plantam, cantam, estampam arte, tudo profissionalmente. Circulam nas cidades, feiras e eventos com os produtos fabricados, apresentando habilidades sociais de comunicação, circulação em outros espaços, vendas e manuseio de dinheiro. Vão adquirindo e ampliando seus repertórios e construindo outras contratualidades para a vida.

Nos itinerários narrados, são notórias as deficiências de recursos técnicos, instalações físicas, recursos humanos, insumos para atividades coletivas, educação permanente, que precisam ser supridos e garantidos aos gestores e profissionais. Apesar dessas considerações, os caminhos percorridos estão permeados de vida, potência e possibilidades, vivificados por trabalhadores engajados na defesa do SUS e do movimento da RPB Antimanicomial. Exigem e fazem caminhos de cuidados psicossociais, produzem alegrias dentro dos serviços duros, acolhem, escutam, seguem juntos, emprestam voz, corpo e sentidos. Entram em contato com as excludentes realidades e articulam a garantia de direitos e de novas contratualidades na vida. Há nós, há laços. Há rupturas psíquicas, há de se acolher e ofertar suporte psicossocial.

Com a lacuna existente na literatura, espera-se que este trabalho contribua para o debate acerca do tema ou que viabilize outras pesquisas. A partir das questões apontadas, que contribua ampliando a caixa de ferramentas de trabalhadores e gestores, com vias à desconstrução dos manicômios (teórica e assistencial), que ainda se fazem fortemente presentes na Atenção à Crise em Saúde Mental.

## REFERÊNCIAS

A atuação domiciliar na situação de crise [internet]. 2015 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <https://apsredes.org/a-atuacao-domiciliar-na-situacao-de-crise/>

ABP - ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Diretrizes para um Modelo de Assistência Integral em Saúde Mental no Brasil [internet] 2006. [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_assit\\_integral\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_assit_integral_final.pdf)

Abraão AL, Lagrange V. A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo AD, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: ESPJV; 2007. p. 151-171

Acurcio FA. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil [internet]. [acesso em 8 out 2022]. Disponível em: <http://www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>

Amarante P. Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

Andrade MS. Democratização no hospital psiquiátrico: um estudo da colônia Juliano Moreira nos Anos Oitenta [tese]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ; 1992.

Andrade MS, Pereira F, Oliveira C, Souza AM, Campos RB, Santos B. Ensaio sobre crise(s), saúde mental e contexto soteropolitano da pandemia da covid-19. In Pensar junto/fazer com: saúde mental na pandemia de covid-19 / organizadores Mônica Lima [et al.]. – Salvador : EDUFBA, 2021. p. 81-105

Arbex D. Holocausto Brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013.

Assis JMM. O Alienista. São Paulo: Ed. Martin Claret; 2005.

Barbier, R. A escuta sensível na abordagem transversal. São Carlos: UFSCar. 1998.

Barros DD. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In Paulo Amarante, organizador. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994.171-193

Batista FT, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2008;13(5):1511-1520. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63013513>

Benjamin W. Experiência e pobreza. 3. ed. In: Magia e Técnica Arte e Política, organizador. São Paulo: Brasiliense; 1987. p.115-119. (Obras escolhidas; 1)

Bezerra MLM. Psicofarmacologia e psicoterapia: mitos, benefícios e interferências. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino-América, XIII, VIII, II, 2008. Anais. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. Disponível em: <<http://www.centroreichiano.com.br>>.

Boff, L. Crise-oportunidade de crescimento. Campinas: Verus, (2002).

Braga-Campos FC. O modelo da Reforma Psiquiátrica e as modelagens de São Paulo, Santos e Campinas. 2000. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental [internet]. [acesso em 8 out 2022]. Diário Oficial da União. 9 abr 2001. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)

Brasil. Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União. 22 dez 2017; Seção 1:239.

Brasil. Decreto nº 11.098, de 20 de junho de 2022. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Diário Oficial da União. 21 jun 2022; Seção 1:3.

Brocardo D, Andrade CLT, Fausto MCR, Lima SML, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf): panorama nacional a partir de dados do PMAQ. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1 [Acessado 18 Outubro 2022], pp. 130-144. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S109>

Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade ELG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2011, v. 16, n. 11 [Acessado 26 Novembro 2022], pp. 4433-4442. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>>. Epub 02 Dez 2011. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001200016>.

Carvalho VCS, Crepaldi TOM, Naoe HH, Pereira RSC, Carvalho, IMS, Romanielo AFR, Souza JKL, Lacerda TF. A equipe de enfermagem e a emergência psiquiátrica: vozes de profissionais numa unidade de pronto atendimento. Brazilian Journal Of Health Review, [S.L.], v. 3, n. 1, p. 545-550, 2020.

Castel, R. A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal; 1978.

Castoriadis C. A construção do mundo na psicose. Encruzilhadas do labirinto V: feito e a ser feito. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1999.

Ceccon RF, Garcia-JR CAS, Dallman JMA, Portes VM. Narrativas em Saúde Coletiva: memória, método e discurso. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2022.

Cirilo M, Dimenstein M. Saúde Mental em Contextos Rurais: o Trabalho Psicossocial em Análise. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2017, v. 37, n. 2 [Acessado 18 Outubro 2022], pp. 461-474. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>>. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/1982-3703002542016>.

CFP – Conselho Federal de Psicologia. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. Ministério Público Federal. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Brasília (DF); 2018.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas. 2. ed. 2019

Coracini MIV. Rupturas de fronteiras e as saídas da saúde: experiências em um CAPS infanto-juvenil [dissertação]. Santos: Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo; 2018.

Côrtes LAS, Silva MVO, Jesus ML A atenção domiciliar em saúde mental realizada por estagiários de psicologia no Programa de Intensificação de Cuidados Psicologia: Teoria e Prática, vol. 13, núm. 2, 2011, pp. 76-88 Universidade Presbiteriana Mackenzie São Paulo, Brasil.

Costa-Rosa A. Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP. 2013.

Covid-19 interrompe serviços de saúde mental na maioria dos países, revela pesquisa da OMS [internet]. 2020 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-10-2020-covid-19-interrompe-servicos-saude-mental-na-maioria-dos-paises-revela-pesquisa>.

Crack é possível vencer [internet]. Estudos Técnicos/CNM. 2014 [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: [cnm.org.br/cms/biblioteca\\_antiga/ET%20Vol%207%20%202019.%20Crack,%20é%20possível%20vencer.pdf](http://cnm.org.br/cms/biblioteca_antiga/ET%20Vol%207%20%202019.%20Crack,%20é%20possível%20vencer.pdf)

Cruz KDF, Guerrero AVP, Vieira JS, Nadjanara. Atenção à crise em saúde mental: um desafio para a reforma psiquiátrica brasileira. *Revista do NUFEN* [internet]. 2019 [acesso em 11 out 2022];11(2):117-132. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v11n2/a08.pdf>

Dassoler VA, Palombini AL. Atenção à crise na contemporaneidade: desafios à reforma psiquiátrica brasileira. *Saúde em debate*. 2020; 44(3): 278-291.

Deleuze G, Guattari F. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. (Coleção trans). v.1

Delgado PG. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. In: Conselho Federal de Psicologia. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Brasília: CFP; 2010. 35-45

Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, coordenador. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Ed. Autor; 1991. P. 53-79.

Derossi CC, Gomes APM, Ferreira LM- A “pesquisa narrativa” em teses e dissertações: mirada panorâmica sobre as produções Revista de Iniciação à Docência, v. 6, n. 1, 2021– Publicação: julho, 2021 - ISSN 2525-4332.

DESidades REVISTA CIENTÍFICA DA INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E JUVENTUDE. Agravamento das vulnerabilidades infanto-juvenis: uma análise sociopolítica do sofrimento psíquico durante a pandemia de COVID-19 Luciana Gageiro Coutinho. Edson Guimarães Saggese. Ivone Evangelista Cabral. <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i31.46041>

Desinstitute. Por que somos?[internet]. [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: <https://desinstitute.org.br/noticias/por-que-somos/>

Desinstitute. Painel saúde mental: 20 anos da Lei 10.216/01 / Desinstitute, Renata Weber (org.) – Brasília: [s.n.], 2021. – 84 p. – ISBN 978-65-996043-0-0

Desviat M. A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1999. (Loucura e civilização).

Devera D, Costa-Rosa A. (2007). Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Rev. de Psic. da UNESP, 6(1), 60-79.

Dias MK, Ferigato SH, Fernandes ADSA. Atenção à crise em saúde mental: centralização e descentralização das práticas. Cienc Saúde Colet. 2020; 25(2): 595-602.

DICA DO GESTOR: O que é uma RAPS (Rede de Atenção Psicossocial)? [internet]. 2017 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <https://www.cosemssp.org.br/noticias/o-que-e-uma-raps-rede-de-atencao-psicossocial/>

Dimenstein M, Amorim AKA, Leite J, Siqueira K, Gruska V, Vieira C, Brito C, Medeiros I, Bezerril MC. O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/ RN. Revista Polis e Psique, Universidade Federal do Rio Grande do Sul [S.L.], v. 2, n. 3, p. 95-127, 4 jun. 2012

Dimenstein M, Leite J, Macedo JP, Dantas C. (Orgs.), Condições de vida e saúde mental em contextos rurais. São Paulo: Intermeios. 2016.

Dimenstein M, Macedo JP, Gomes M, Silva TM, Abreu MM A saúde mental e atenção psicossocial Regionalização e gestão do cuidado integral no sus. Salud & Sociedad, ISSN-e 0718-7475, Vol. 9, Nº. 1, 2018, págs. 70-85

Dimenstein M, Yalle FS, Brito MS, Kalliny A, Morais C Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. Mental, Barbacena, v. 3, n. 5, p. 23-41, nov. 2005 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 out. 2022.

Donzelot J. A polícia das famílias. Rio de Janeiro: Editora Graal; 1980.

Editorial. Saúde Debate, v. 25, n. 58, p. 3, 2001

Estratégias de desinstitucionalização [internet]. 2021 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/acoes-e-programas/caps/raps/atencao-psicossocial-estrategica/estrategias-de-desinstitucionalizacao>

Foucault M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva; 2005.

Garrido J, Moysés MAA. Um panorama nacional dos estudos sobre a medicalização da aprendizagem de crianças em idade escolar. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.). Medicalização de Crianças e Adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p. 149-162.

Giovanella L, Mendonça MHM. Atenção Primária à Saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p.575-626.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Ed. Perspectiva. São Paulo. 1974.

Goulart MSB. As raízes italianas do movimento antimanicomial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e estados [internet]. [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

Impacto da covid-19 na saúde mental de crianças, adolescentes e jovens é significativo, mas somente a 'ponta do iceberg' – UNICEF [internet]. 2021 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: [https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens#:~:text=De%20acordo%20com%20resultados%20preliminares,entrevistados%20\(19%25\)%20disse%20que%2C](https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/impacto-da-covid-19-na-saude-mental-de-criancas-adolescentes-e-jovens#:~:text=De%20acordo%20com%20resultados%20preliminares,entrevistados%20(19%25)%20disse%20que%2C)

Jardim K, Dimenstein M. Risco e crise: pensando os pilares da urgência psiquiátrica. Psicologia em Revista (Belo Horizonte). 2007; 13(1): 169-190.

Josso MC. Os relatos de histórias de vida como desvelamento dos desafios existenciais da formação e do conhecimento: destinos socioculturais e projetos de vida programados na invenção de si. In: SOUZA, E. C.; MENNA-BARRETO, M. H. (Org.). Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si. Porto Alegre: Edipucrs, 2006.

Juventudes e a pandemia do coronavírus [internet]. 2021 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <file:///C:/Users/marin/Downloads/juventudeseapandemia2-relatorio-nacional-20210607.pdf> (CONJUVE)

Knobloch F. O tempo do traumático. São Paulo: Educ; 1998.

Kupfer MCM. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. Estilos da clínica: Revista sobre a infância com problemas. Instituto de Psicologia de São Paulo. 1999; IV (7): 96-107.

Lacan J. O seminário. Livro 3. As Psicoses. Rio de Janeiro: Zahar;1985.

Lambertucci RH, Keinert CM, Keinert TMM A construção narrativa como estratégia participativa no trabalho em saúde: aprendendo a interrogar, interrogar-se e a dialogar. In: Toledo RF, Costa-Rosa TE, Keinert TM, Cortizo CT. (Org.). Pesquisa Participativa em Saúde: Vertentes e Veredas. 1ed.São Paulo: Instituto de Saúde, 2018, v. 1, p. 241-264.

Lancetti A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec; 2014.

Lima M, Álissan K, Rodrigues SJW, Vieira AF, Tavares SEA. (2016). Prática de educação em saúde na estratégia saúde da família sob a percepção de enfermeiros. Revista Saúde.Com, 12(1), 514-520. Recuperado de <https://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/398>

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição demográfica: anos 80. Physis. 1991;1(1):17-56.

Macedo JP, Abreu MM, Fontenele MG, Dimenstein M. A regionalização da saúde mental e os novos desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Saúde e Sociedade. 2017; 26(1): 155-170.

Machado R. Ciência e Saber: a trajetória da arqueologia de Michel Foucault. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988

Machado R, Loureiro A, Luz R, Muricy K. Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p. 180-316.

Martins LM. Saúde Mental: paradigmas e reformas legislativas (Ponta Grossa/PR – 1931-1953) [recurso eletrônico] / Laércio Melo Martins -- Porto Alegre, RS: Editora Fi, 2020.

Melman J. Família e doença mental: repensando a relação entre profissionais de saúde e familiares. São Paulo: Escrituras; 2001.

Melo APS, Guimarães MDC. Factors associated with psychiatric treatment dropout in a mental health reference center. Rev Bras de Psiquiatr. 2005; 27(2):113-118.

Melo EA, Miranda L, Silva AM, Limeira RMN. Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. Saúde debate [internet]. 2018 [acesso em 8 out 2022];42:328-340. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S122>>.

Millani HFB, Valente MLLC. O caminho da loucura e a transformação da assistência aos portadores de sofrimento mental. Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog, (Ribeirão Preto) [internet]. 2008 [acesso em 11 out 2022];4(2). Disponível em

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000200009&lng=pt&nrm=iso)>.

Ministério da Saúde (BR). Portaria SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento em saúde mental. Diário Oficial da União. 1994.

Ministério da Saúde (BR). Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. Institui criar os Serviços Residenciais Terapêuticos em saúde mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para o atendimento ao portador de transtornos mentais. Diário Oficial da União. 24 fev 2000; Seção 1:23.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece as diferentes modalidades de Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. Incluir na Tabela do SIH-SUS, códigos para os grupos e procedimentos na área de saúde mental. Internações, diagnóstico, 1º atendimento, Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cobrança de APAC.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União. Brasília, 1 ago 2003.

Ministério da Saúde (BR), 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.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Programa MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ministério da Saúde (BR), Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Institui a unidade de acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da rede de atenção psicossocial. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União.

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [internet]. Diário Oficial da União [acesso em 11 out 2022]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854\\_22\\_08\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/sas/Links%20finalizados%20SAS%202012/prt0854_22_08_2012.html)

Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial [internet]. [acesso em 13 out 2022]. Diário Oficial da União. 2012d. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html).

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção domiciliar no SUS: resultados do laboratório de inovação em atenção domiciliar. Brasília (DF); 2014. (Série Técnica navegador SUS; 9)

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde Mental em Dados, 12 [internet]. 2015 [acesso em 13 out 2022];10(12). Disponível em: [https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report\\_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf](https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf)

Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Brasília (DF); 2020.

Ministério da Saúde (BR). Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota técnica de saúde mental para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco nos processos da atenção primária à saúde e da atenção especializada: saúde mental. Brasília (DF); 2021.

Merhy EE. Cuidado com o cuidado em saúde. Saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. 2004. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf> Acesso em: 21 de setembro de 2022.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. Atenção domiciliar: medicalização e substitutividade. In: Seminário nacional de divulgação dos resultados da pesquisa: implantação de atenção domiciliar no âmbito do SUS – modelagem a partir das experiências correntes, n. 1, 2007; Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao\\_domiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencao_domiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf) . Acesso em: 10 de outubro de 2022

Moll MF, Silva KJ, Dias ER, Ventura CA. O abandono ao tratamento entre pacientes assistidos em um Centro de Atenção Psicossocial. J Nurs Health. 2012; 2(1): 18-27.

Moysés MAA, Collares CAL. Dislexia e TDAH: Uma Análise a partir da Ciência Médica. In: CRPSP; GIQE (Org.) Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doença de indivíduos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011, p. 71-110.

Nicácio F. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Nunes M, Jucá VJ, Valentim CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad saude publica*. 2007; 23(10):2375-2384.

Oliveira LC, Silva RAR, Carvalho FPB, Soares FRR, Sousa KMN, Solano LC. Dificuldades no atendimento às urgências e emergências psiquiátricas no serviço de atendimento móvel de urgência. *Enfermagem em Foco*, [S.L.], 6 dez. 2018. v. 9, n. 4, p. 18-22.

Oliveira LC, Silva RAR. Saberes e práticas em urgências e emergências psiquiátricas. *Revista Enfermagem UERJ*, [S.L.], 30 abr 2017, v. 25, n. 1, p. 1-6.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Congresso da World Psychiatric Association de 2006. [acesso em 17 out 2022] Modelos Assistenciais em Saúde Mental pelo Mundo. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/outubro/dia-mundialda-saude-mental-5.php>.

Onocko-Campos, RT. Fale com eles! o trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos. In: *Physis*, vol.21, no.4. Rio de Janeiro, Oct./Dec. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-)

Onocko-Campos RT, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública* 2008; 42:1090-6.

Paim, JS. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books .

Passos ICF. Reforma Psiquiátrica: as experiências francesa e italiana. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ: 2009.

Pegoraro RF, Cassimiro TJJ, Leão NC. Matriciamento em saúde mental segundo profissionais da estratégia da saúde da família. *Psicologia em Estudo*, Maringá. 2014; 19(4): 621-631.

Pereira LP, Duarte MLC, Eslabão, AD. O cuidado à pessoa com comorbidade psiquiátrica em emergência geral: visão dos enfermeiros. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, [S.L.], 2019, v. 40, n. 8, p. 1-9. Fap.UNIFESP (SciELO)

Pichon-Rivière E.. Teoria do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Pimenta FJNA, Barros MMA. Ações e práticas de enfermagem frente ao paciente psiquiátrico atendido em um hospital de urgência e emergência de Porto Velho-RO. Revista Eletrônica Acervo Saúde, [S.L.], 13 ago. 2019, n. 28, p. 1-7.. Revista Eletrônica Acervo Saúde.

Quinet, A. Teoria e clínica da psicose. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2000.

Quirino TRL, Marques FMAB, Oliveira VB, Silva ES. O Nasf e o trabalho na Atenção Básica à Saúde: apontamentos práticos e experimentações. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2019.

Raeburn Paul. Entre Riscos e Benefícios. Revista Viver Mente & Cérebro. São Paulo, Edição Especial, n. 20, p. 69-75, 2009.

Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVD, et al. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. J Bras Psiquiatr. 2008; 57(1): 16-22.

Ribeiro MS, Poço JLC. Motivos referidos para abandono de tratamento em um sistema público de atenção à saúde mental. Rev APS. 2006; 9(2): 136-45.

Rotelli F, Leonardi O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 17-60.

Santos M. O retorno do território. OSAL: Observatório Social de América Latina [internet]. 2002[acesso em 17 out 2022];6(16):251-261. Disponível em: en:<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>

Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta AM, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.13-8.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2. ed. São Paulo: TeCorá, 2001.

Sawaia B. B. Psicologia e desigualdade social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. Psicologia & Sociedade. 2009; 21(3): 364-372

Secretaria de Estado da Saúde (MG). Saúde em Casa. Belo Horizonte; 2006.

Secretaria Municipal de Saúde São Paulo. I ENCONTRO MUNICIPAL DE CAPS INFANTOJUVENIL-CAPS IJ São Paulo 19 e 20 de abril 2016 Relatos das Rodas de Conversa disponível online em [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016\\_1482430629.pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/anaisiencontromunicipaldesaudementalinfantojuvenil22122016_1482430629.pdf)

Seus TLC, Silveira DS, Tomasi E, Thumé E, Facchini LA, Siqueira FV. Núcleo de Apoio à Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil, inquérito nacional PMAQ 2013. Epidemiol Serv Saúde [internet]. 2019 [acesso em 11

out 2022];28(2): e2018308. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ress/a/SS9dDqxyYRC4gpVZq8w3HkG/?format=pdf&lang=pt>

Sigtap – Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS. Acessar a tabela unificada [internet]. 2022 [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

Silva MLB, Dimenstein MDB. Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão. Arq. bras. psicol. [online]. 2014, vol.66, n.3, pp. 31-46. ISSN 1809-5267.

Silva MVO. (2007). Editorial. In Silva MVO (Org.), Intensa Ex-tensa: a clínica psicossocial das psicoses (pp. 11-13). Salvador: LEV/FFCH/UFBA.

Silva MVO, Costa FRM, Neves LM. Programa de intensificação de cuidados: experiência docente-assistencial em psicologia e reforma psiquiátrica. Psicologia Ciência e Profissão, Brasília, v. 30, n. 4, p. 882-895, dez. 2010.

Silva MVO, Souza CG, Oliveira MS, Mendonça PP, Hardman LV. Tecnologias psicossociais em saúde mental: atenção à crise na psicose [internet]. S.d. [acesso em 17 out 2022]. Disponível em: [http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/477.%20tecnologias%20psicossociais%20em%20sa%DAde%20mental.pdf](http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/477.%20tecnologias%20psicossociais%20em%20sa%DAde%20mental.pdf)

Silva VFD, Dimenstein M, Leite, JF. O cuidado em saúde mental em zonas rurais. Mental, 10(19), 267-285. 2013.

Silveira LC, Braga VAB. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. Rev Latino-am Enfermagem 2005; 13(4): 591-5.

Souza J. A construção social da subcidadania: para uma sociologia política da modernidade periférica. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2012. (Coleção Humanitas)

\_\_\_\_\_. A Ralé brasileira: quem é e como vive. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2009.

Sundfeld AC. Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência || Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2010, 20 [ 4 ]: 1079-1097.

Teixeira MOL. Pinel e o nascimento do alienismo. Estud. pesqui. psicol. (Rio de Janeiro). 2019; 19(2): 540-560.

Tenório F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. História, Ciências, Saúde Manguinhos (Rio de Janeiro). 2002; 9(1): 25-59.

Thornicroft G, Tansella M. Boas práticas em saúde mental comunitária. São Paulo: Manole, 2010.

Vasconcelos EM. Abordagens psicossociais: reformas psiquiátricas e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares São Paulo: Hucitec; 2008. 2 v.

Vecchia D, Martins M, Ferreira ST Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, n. 28 [Acessado 8 Outubro 2022], pp. 151-164. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>>. Epub 14 Abr 2009. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832009000100013>.

Venturini E. A desinstitucionalização: limites e possibilidades. Rev bras crescimento desenvolv. Hum [internet]. 2010 [acesso em 18 set 2021];20(1):138-151. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018&lng=pt&nrm=iso)>.

Zeferino MT, Rodrigues J, Assis JT, organizadores. Crise e urgência em saúde mental: fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde mental. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa; 2015.

Zygouris R. O vínculo inédito. São Paulo: Escuta; 2003.