

Percepção de profissionais da saúde mental sobre a Rede de Atenção Psicossocial em Iguatu, Ceará

Raissa Araujo de Sousa Rodrigues¹, Jordan Prazeres Freitas da Silva²

Resumo

Na década de 1980, com o Movimento da Reforma Psiquiátrica, iniciou-se o debate sobre novos paradigmas de cuidado em saúde mental. O presente artigo, que foi elaborado para a conclusão da especialização em Saúde Mental Coletiva, na forma de Residência Multiprofissional em Saúde, pela Escola de Saúde Pública do Ceará, teve como objetivo compreender a concepção dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial de um município do interior do estado do Ceará sobre a oferta de serviços preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. Como critério metodológico, utilizou-se a metodologia qualitativa de pesquisa, recorrendo-se às entrevistas semiestruturadas com profissionais da Rede de Atenção Psicossocial do município de Iguatu, Ceará, para contemplar o enfoque do trabalho. Para análise das entrevistas, contou-se com o referencial teórico de pesquisadores do campo da Saúde Mental. Ao final do estudo, percebeu-se que muito se avançou e muito ainda há para caminhar na Política de Saúde Mental do município. Para tanto, os profissionais, mergulhados na extensa demanda que chega aos Centro de Atenção Psicossocial, precisariam se organizar, perceber que fazem ou acabam reforçando práticas que não convêm com o que pregam os princípios de emancipação e liberdade dos usuários.

Palavras-chave

Saúde Mental. Rede de Atenção Psicossocial. Residência Multiprofissional. Pesquisa Qualitativa.

¹ Graduada em Serviço Social pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará, Brasil. E-mail: asraissaaraujo@gmail.com.

² Doutorando em Saúde Pública na Universidade Federal do Ceará, Brasil; assessor educacional da Gerência de Pós-Graduação em Saúde da Escola da Saúde Pública do Ceará, Brasil; professor adjunto do curso de Psicologia do Centro Universitário Maurício de Nassau e do Centro Universitário Ateneu, Ceará, Brasil. E-mail: jordanpraizeres@gmail.com.

Perception of mental health professionals about the Psychosocial Care Network in Iguatu, State of Ceará, Brazil

Raissa Araujo de Sousa Rodrigues³, Jordan Prazeres Freitas da Silva⁴

Abstract

In the 1980s, with the Psychiatric Reform movement, the debate on new paradigms of mental health care began. This article, which was prepared for the conclusion of the specialization in Collective Mental Health, in the form of a Multiprofessional Residency in Health, by the Ceará School of Public Health, aimed to understand the conception of the professionals of the Psychosocial Care Center of a municipality in the interior of the State of Ceará on the provision of services recommended by the National Policy on Mental Health, Alcohol and other Drugs. A qualitative research methodology was used, using semi-structured interviews with professionals from the Psychosocial Care Network in the city of Iguatu, State of Ceará, to contemplate the focus of the work. For the analysis of the interviews, we relied on the dialogue of critical researchers on the Mental Health policy. At the end of the study, it was noticed that a lot of progress has been made and much still needs to be done in the municipality's Mental Health Policy. Therefore, professionals, immersed in the extensive demand that comes to Psychosocial Care Center, would need to organize themselves, realize that they do or end up reinforcing practices that do not agree with what the principles of emancipation and freedom of users precognizes.

Keywords

Mental Health. Psychosocial Care Network. Multiprofessional Residency. Qualitative Research.

³ Graduated in Social Work, Federal Institute of Education, Science and Technology of Ceará, State of Ceará, Brazil. E-mail: asraissaaraujo@gmail.com.

⁴ PhD student in Public Health, Federal University of Ceará, State of Ceará, Brazil; educational advisor of the Postgraduate Health Management at Ceará School of Public Health, State of Ceará, Brazil; assistant professor of the Psychology course at the Centro Universitário Maurício de Nassau and the Centro Universitário Ateneu, State of Ceará, Brazil. E-mail: jordanpraazerer@gmail.com.

Introdução

A década de 1980 é reconhecida por grandes avanços na política social brasileira. O grande marco foi a Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã. Esse contexto se deu pela queda dos vinte anos do regime militar no Brasil, em que direitos como o da liberdade foram duramente cerceados. Segundo Devera e Rosa (2007), com a política de Saúde Mental, a realidade não foi diferente, pois, baseado nos ideais de Pinel e Esquirol, a saúde mental, até a década de 1980, era constituída com base no Modelo Asilar, prezando pelo isolamento, vigilância e repressão daqueles que se desajustavam da ordem, como os mendigos, órfãos, mulheres adúlteras, dentre outros.

Os contínuos avanços pós-ditadura militar se deram pela Reforma Sanitária, que visava uma política de Saúde Universal, e a Reforma Psiquiátrica, que iniciou seus embates pela humanização dos asilos públicos e na construção de ambulatorios para o cuidado em Saúde Mental. Num processo de melhorias, a década de 1990 foi crucial para que, em 2001, fosse sancionada a Lei nº 10.216, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (DELGADO, 2019). Esse lapso temporal é marcado na estruturação da rede com a redução de leitos nos hospitais psiquiátricos, construções ainda tímidas de equipamentos de base territorial, atendimentos na atenção primária experimentando a intersetorialidade.

Assim foi-se estruturando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a fim de proporcionar aos usuários do sistema de saúde mental uma assistência livre, humanizada, de base comunitária, essencialmente articulada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus demais serviços (BICHAFF, 2006). A rede de saúde mental é constituída pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços de Residência Terapêutica (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), como também os leitos de atenção integral nos CAPS tipo III e os Hospitais Gerais.

Um marco foi a Portaria nº 366/2002, que estabelece os CAPS como um equipamento territorial, com base nas experiências iniciadas nos municípios de São Paulo-SP e de Santos-SP, ainda na década de 1980, quando ficou perceptível a inoperância dos serviços nos casos de crise psiquiátrica. Bichaff (2006) lembra que o primeiro CAPS, cujo nome foi Professor Luís da Costa Cerqueira, datado de 1987, via a necessidade de um novo modelo de cuidado. Esse processo contribuiu com a construção dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos-SP em 1989, modelo que realmente demonstrou a viabilidade de uma rede substitutiva ao modelo hospitalocêntrico.

Conforme o êxito do novo modelo de instituição, a ideia foi se espalhando, quando em 1991, no município de Iguatu-CE, segundo Nunes, Guimarães e Sampaio (2016), foi inaugurado o primeiro CAPS do Ceará. Atualmente, o referido município, além do CAPS III, também tem o CAPS Álcool e outras Drogas (CAPS AD), inaugurado em 2003, e o CAPS Infante-Juvenil (CAPSi), em 2005. Vale lembrar que a RAPS de Iguatu é regionalizada, ou seja, cobre os 9 municípios da 18ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), sendo eles Quixelô, Deputado Irapuan Pinheiro, Jucás, Cariús, Saboeiro, Catarina, Acopiara, Mombaça, além de Iguatu.

É nesse contexto que o presente artigo se propõe a compreender a percepção de profissionais que atuam na RAPS, do município de Iguatu CE, acerca da oferta de serviços preconizada pela Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – Lei nº 10.216. Para tanto, se faz necessário apontar sobre práticas cotidianas dos profissionais da RAPS de Iguatu-CE, e discutir sobre as possibilidades e os desafios éticos e de gestão na oferta de serviços desses CAPS.

A problemática em questão no presente artigo foi observada a partir da vivência de sua autora no Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), da Escola de Saúde Pública do Ceará, com ênfase em Saúde Mental, especificamente no município de Iguatu, pioneiro na inauguração de CAPS no Ceará, e as expectativas eram de avanços e resistência numa política tão estigmatizada.

No desenvolvimento de atividades, como o Fluxograma, em que foram ouvidos todos os profissionais do CAPS III, algumas questões problemáticas foram observadas. Por isso, o despertar do interesse em desenvolver uma pesquisa que apresentasse qual a visão das pessoas que constroem a Saúde Mental de Iguatu-CE, para uma possível avaliação que avance em melhorias para os serviços.

Reafirmar que a luta antimanicomial se faz presente no decorrer do presente trabalho é também proferir resistência frente aos desmontes apontados desde 2016 pelos últimos governos, que se mostram reacionários a execução de políticas sociais que garantam minimamente uma sociabilidade digna aos usuários. Além desse embate, a pesquisa pretende mostrar-se relevante aos gestores municipais, questionando qual a intencionalidade real da política de Saúde Mental num município que, no estado do Ceará, foi o primeiro que se mostrou aberto para a construção de uma nova política para os usuários em sofrimento psíquico.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que, conforme expõe Martinelli (1994), se apresenta como uma técnica que possibilita o diálogo com saberes múltiplos, por proporcionar o contato direto com o sujeito da pesquisa e com o modo de vida dele. O estudo foi realizado na RAPS do município de Iguatu-CE, ou seja, no CAPS III, CAPS AD e CAPSi. Os sujeitos da pesquisa foram 12 (doze) profissionais de nível superior que estavam ou já estiveram na coordenação dos serviços e foram entrevistados pela pesquisadora principal do artigo.

A técnica desenvolvida para a coleta de dados foi de entrevistas semiestruturadas, que ocorreram entre agosto e setembro de 2021, foram gravadas e transcritas na íntegra, e, posteriormente, analisadas a partir da interlocução entre textos de pesquisadores sobre a Política de Saúde Mental, cujo almejo dá conta de explicar sobre a oferta de cuidado e gestão dos serviços para os usuários dos equipamentos.

O estudo seguiu as normas éticas preconizadas pelas Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará sob Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 40917220.8.0000.5037.

Resultados e Discussão

Contextualizando a Política de Saúde Mental

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil acontece concomitantemente à Reforma Sanitária na década de 1970. Isso significa eclosão das lutas sociais e garantia de direitos que se consolidaram na Constituição de 1988 e a estruturação do SUS. A evidente violência nos manicômios e a mercantilização da loucura, numa conjuntura de reformas do sistema político, contribuem para a aprovação de leis na década de 1990 que consolidam os CAPS como equipamento de cuidado em Saúde Mental (BRASIL, 2005).

No decorrer da ditadura militar, a saúde mental, assim como outros setores da saúde, foram objeto de lucro, em que a iniciativa privada financiava a construção dos hospitais, o que levou a uma crise institucional e financeira da Previdência Social. Foi nesse momento que os movimentos sociais de saúde se fortaleceram, e, em 1978, surgiu o Movimento Social de

Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que reivindicava desde questões trabalhistas até a transformação na assistência psiquiátrica (HEIDRICH, 2017).

A década de 1980 foi chamada de Primeira Trajetória da reforma psiquiátrica brasileira, marcada por um sistema de cogestão entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência e Assistência Social. A partir de então, os hospitais psiquiátricos funcionavam como centros de referência, e com ações que colaboraram na ampliação dos atores sociais envolvidos. Foi nessa década que um marco dessa luta aconteceu. Em 1987, acontece o Congresso de Baurú, onde a expressão “manicômio” passou a ser estrategicamente utilizada, e é apresentado um manifesto que define o pensamento do movimento:

Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e de produção da loucura e da violência. O compromisso estabelecido impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada. (HEIDRICH, 2017, p. 71).

Ainda em 1987, surge o primeiro CAPS em São Paulo, e, em 1989, o deputado federal Paulo Delgado apresentou o Projeto de Lei nº 3.657/89, que só foi aprovado em 2001, com algumas ressalvas do movimento, pois a primeira proposta previa a extinção dos manicômios e a segunda não deixou nítido o direcionamento político ao qual a Saúde Mental deveria se guiar. De toda forma, a lei promulgada no século 21 ainda significa um avanço quando horizontaliza a rede de cuidado, descentraliza o tratamento em hospitais e aponta o território como melhor cenário para o sujeito com transtorno mental ser protagonista de seu tratamento (HEIDRICH, 2017).

Vasconcelos (2017) atenta para o direcionamento teórico que o movimento antimanicomial no Brasil que se firma nos pensamentos de Michel Foucault e Franco Basaglia, e mais recentemente nas teorias esquizoanalítica e socioanalítica. Tais pensamentos se formaram numa conjuntura política em que se esgotava o estado de bem-estar social para dar vez à política socioeconômica neoliberal. Logo, o autor ressalta que, nesse cenário, o movimento precisava buscar estratégias políticas mais amplas junto aos demais movimentos sociais, pois a tendência neoliberal de privatização, precarização e terceirização das políticas sociais implicaram negativamente nos serviços de saúde mental.

Retomando aos avanços históricos e concomitantes às fundamentações teóricas da Luta Antimanicomial do Brasil, apresenta-se aqui o relatório da Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas, que aconteceu no ano de 2005. Nesse

documento percebe-se que além da mudança do local de cuidado, o movimento preza pela desinstitucionalização do usuário, a construção de uma rede de cuidado na comunidade, um trabalho de inclusão social, uma política de redução de danos para os usuários de álcool e outras drogas, dentre outros avanços.

O processo de estruturação da saúde mental no Ceará, por sua vez, veio acompanhando o que acontecia no cenário nacional. Lima *et al.* (2013) apontam que o modelo reformista, sempre em evolução, tem quatro momentos no estado cearense. O primeiro período se inicia na década de 1960, vai até a inauguração do Asilo Alienados São Vicente, vinculado à Santa Casa de Misericórdia; e aqui começa o modelo de assistência à saúde mental.

O segundo momento estende-se até 1962, ano da abertura do Hospital de Saúde Mental de Messejana (HSMM), referência até hoje no estado. Esse período histórico é marcado por inaugurações de instituições que focavam em psicoses, psicopatias e alienação. Já a terceira fase, datada de 1963 a 1991, segundo Lima *et al.* (2013), é marcada por contradições e complexidade assistencial, sendo criados aqui seis hospitais psiquiátricos e um manicômio judiciário, indo ao encontro dos preceitos da Ditadura Militar. A quarta fase, iniciada em 1992, é marcada pela implementação dos serviços substitutivos, com a inauguração do CAPS de Iguatu-CE, ainda em 1991, que serviu de exemplo para o estabelecimento de outros programas do SUS, como o Programa Saúde da Família.

Esse quarto período é marcado pelo estabelecimento dos CAPS, processo que se iniciou pelo interior do estado, abrangendo municípios como Iguatu, Quixadá e Canindé como referência. Com as divisões macrorregionais a partir de 1997, que dividem o estado para melhor organização e assistência à população dos serviços de média e alta complexidade, os serviços substitutivos foram tomando mais espaço.

Cabe ressaltar que o Movimento de Reforma Psiquiátrica no Ceará foi significativamente mais bem reconhecido quando, em 1999, ocorre a morte de Damião Ximenes Lopes, que, aos 30 anos de idade, morreu depois de seguidas violações físicas e tortura no Hospital Psiquiátrico Guararapes, em Sobral-CE. Anos mais tarde, esse caso levou o Brasil a uma condenação internacional na Corte Interamericana de Direito Humanos (LIMA *et al.*, 2013).

Sobre a prática profissional e outros apontamentos sobre a RAPS em Iguatu-CE

A consolidação dos CAPS, apesar de todos os desafios ainda de viés manicomial da sociedade, tem como função organizar e coordenar a demanda de Saúde Mental da população

do território em que se encontra. Logo, o serviço é o centro estratégico de atendimento aos casos graves, como também possibilita acolher o que chega para articular com outros serviços de saúde e atores sociais o cuidado do usuário em Saúde Mental, proporcionando redes que se estendem no território, promovendo também um processo emancipatório (BICHAFF, 2006).

Porém, percebe-se no cotidiano dos CAPS muitos desafios no enfrentamento da luta antimanicomial. Figueiró e Dimenstein (2010) colocam, por exemplo, que a figura de uma especialista/expert dificulta o diálogo e a construção coletiva e multiprofissional de uma equipe, pois tem-se um ideal de saber ali validado tanto pela equipe quanto pelos usuários.

Nas entrevistas realizadas com os funcionários dos CAPS de Iguatu-CE, encontram-se vários trechos que reforçam os desafios aqui apresentados, como a função do CAPS e o entendimento sobre saúde mental, conforme apresentado abaixo:

Não, infelizmente os CAPS estão muito, muito voltados hoje em dia pra questão ambulatorial. Certo? Mas né, nem culpa dos próprios CAPS não, eu acho que não seja culpa do CAPS, não. Por quê? Porque assim, as equipes... apesar do ministério preconizar uma equipe mínima, o ministério num, num financia... né, fica muito nas costas do município. Hoje, financeiramente, um CAPS não é viável pra, pro município, não é viável nenhum CAPS [...] O Estado não ajuda... aí você muitas vezes tem a boa vontade de tentar fazer essa questão organizacional em toda a rede de saúde, mas você morre de fazer treinamento, mas o pessoal não valoriza. (Profissional 3).

A saúde mental está diretamente ligada à qualidade de vida e interação coletiva e individual, sendo necessário muitas vezes ajustar parâmetros para a pessoa lidar com emoções, sejam elas negativas ou positivas. (Profissional 1).

A demanda é muito, muito grande porque inclui mais nove municípios, são dez com Iguatu, e a demanda é muito grande pra poucos profissionais. O CAPS hoje atua na equipe mínima. (Profissional 2).

O que esses trechos evidenciam são dificuldades do dia a dia nos equipamentos, mas também do entendimento sobre como está e como deveria estar o funcionamento dos CAPS. Destacando a primeira e a terceira fala exposta, fica o questionamento sobre a demanda e se existem profissionais realmente qualificados e empenhados em garantir acesso e acompanhamento de qualidade aos usuários, reforçado na segunda fala, que menciona sobre ajuste de parâmetros. Os discursos trazem novas perguntas: o que seriam esses ajustes? É o usuário quem tem que se ajustar a parâmetros normativos, manicomiais da sociedade?

Figueiró e Dimenstein (2010) reforçam essas questões quando falam da fragilidade ou inexistência dos espaços de auto-organização nos CAPS, como também a perspectiva do atendimento ou entendimento de clínica como uma estratégia de manutenção do instituído. Os

autores apresentam a importância de se construir uma terapêutica de base realmente territorial, articulada em rede com as dimensões políticas, sociais, culturais, dentre outras. Ainda segundo os autores, “fazer do CAPS um espaço favorável ao encontro, à produção de potência nos/dos usuários, deve estar presente também na concepção terapêutica deste serviço” (FIGUEIRÓ; DIMENSTEIN, 2010, p. 10).

Abaixo, estão apresentados alguns pontos de entendimento e fomento sobre a RAPS de Iguatu CE sobre a oferta de um serviço de base territorial.

Antes da pandemia, né, a gente tinha mais serviços, eram ofertados mais, mais serviços, como oficinas, tinha oficina com, com psicopedagogo, com terapia ocupacional, com psicólogos também, é, tinha também grupos que, que eram realizados através da residência, residência multi e psiquiatria. E que depois da pandemia ficou inviável, por não poder ser feito aglomerações e aí dificulta muito mais, né, a gente hoje praticamente tá com os serviços ambulatorial e psicoterapia individual. Ambulatorial também que tem os pacientes que vêm ao serviço tomar medicação, né, diária. (Profissional 2).

A gente consegue levantar o perfil da demanda que chega, mas a demanda que não chega? Então, assim, eu não acho que por mais que nós, que nós... sejamos porta de entrada do sistema, né, sistema único de saúde, é, eu não acho que a gente consiga, é, dá resposta a toda demanda do território. [...] tem épocas que a gente consegue sim sair dos muros daquela demanda de dentro dos CAPS, fazer algo mais diferente, que chegue mais na, na população, mas também tem época que a gente tá aqui apagando fogo. (Profissional 4).

As falas aqui apresentadas só reforçam as dificuldades em prestar serviços que realmente cheguem aos usuários de forma mais acessível, ou seja, não só nos equipamentos aguardando a demanda, mas utilizando o território como meio de aproximação e de mais possibilidades de metodologias ativas no acompanhamento desses usuários. Ferreira *et al.* (2017) colaboram com a discussão sobre a produção de cuidado à saúde mental quando lembram da invisibilidade do território vivo, de como seria fundamental a compreensão de uma base comunitária, de criação de vínculos com a comunidade.

Considerando um cuidado que tem suas bases no que o movimento da Reforma Psiquiátrica vem construindo, um dos desafios é construir um novo paradigma de Saúde Mental no território, incorporando na sociedade a dimensão cultural de que a loucura também é possibilidade e potência de vida. Para Figueiró e Dimenstein (2010, p. 8), “a reforma ser de base comunitária implica trabalhar no e com o território existencial de cada indivíduo, ou seja, com seu modo de produção de vida, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário”.

Para além das fragilidades apontadas, Iamamoto (2000) lembra dos aspectos mais amplos, de constituição das relações sociais que implicam diretamente numa prática profissional mergulhada no imediatismo do cotidiano e que não proporciona uma leitura mais crítica de sua técnica. Uma delas é a percepção da ação do Estado via políticas sociais, ou seja, uma análise da política que pode se deslocar das determinações econômicas vividas pela sociedade, o que naturaliza as desigualdades e as demais questões produzidas no capitalismo. Abaixo, estão apresentados alguns trechos que representam um pouco desse imediatismo nas ações também nos equipamentos de saúde mental de Iguatu-CE.

O nosso CAPS não é só Iguatu, né. É, a gente faz parte da CRES, não, da SER dezoito, né? E, e aí a demanda é muito, muito grande, porque inclui mais nove municípios, são dez com Iguatu, e a demanda é muito grande pra poucos profissionais. O CAPS hoje atua na equipe mínima e, e a gente precisaria muito, de muito mais profissionais pra poder dar conta de da da de tantas pessoas que procuram os serviços. (Profissional 2).

Uma pessoa que esteja à frente, uma equipe mínima garantida, que nesses oito anos que eu estive, nunca teve essa equipe mínima, né, sempre tava faltando algum profissional, é, e conseguir mesmo desenvolver muitas coisas no território em si. [...] Como é que a gente vai sair pra fazer alguma coisa, e aí a gente diz que é porta de entrada e quando o usuário chega ele não tem como ser acolhido? (Profissional 4).

Perpassando os desafios da atualidade, cabe uma análise mais ampla do desmonte vivido na política de saúde mental. Segundo Bravo, Pelaez e Pinheiro (2018), essa desconstrução é consequência da política econômica neoliberal nas políticas sociais, mesmo quando nos últimos governos mais progressistas, apesar de algumas inovações, a agenda funcional à reprodução do capital impediu que se chegasse num patamar mais ideal do que se vinha construindo com a Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Esse processo de disputa entre projetos políticos culminou na tomada ilegítima do poder por Temer, representando os setores mais reacionários da sociedade brasileira. Os interesses ultra neoliberais vêm se fazendo presentes na contrarreforma e no desmonte das políticas sociais universais, que vêm sendo aprofundadas pelo governo Bolsonaro (BRAVO; PELAEZ; PINHEIRO, 2018). Esses desmontes chegam na Política de Saúde Mental também nas falas e no cotidiano da RAPS do interior do Ceará, como colocado:

Os governos estão querendo adotar métodos retroativos e na realidade o que se percebe é que apenas devemos aprimorar as políticas atuais para um melhor desempenho da saúde mental. (Profissional 1).

A saúde mental a tendência são os recursos diminuir, a questão hospitalocêntrica, voltado pra questão, tem-se o medo dos manicômios retornares, essas coisas, né? Mas, efetivamente ainda eu não vi chegar aqui, tipo aqui no CAPS, ah, não diminuiu o recurso, não tiraram recurso, entendeu? (Profissional 3).

E aí as mudanças nessas portarias, elas incluem na RAPS as próprias comunidades terapêuticas, e aí, isso daí, é, é um grande desafio, porque assim, eu não, eu, eu sei que algumas coisas foram colocadas na comunidade, eles deixaram atreladas a questão médica também, né, por exemplo: “ah, mas pra ir pra comunidade terapêutica não é só qualquer pessoa que pode pedir”, mas o médico tem que dar o atestado. Então, volta pra aquela questão do saber biomédico. (Profissional 4).

Mesmo o Brasil sendo amplamente reconhecido por ser um dos primeiros países, fora do grupo mais favorecido economicamente, a estabelecer e implementar uma política de saúde mental, a partir de 2016, os avanços até então conquistados foram confrontados pelo governo federal. Mais precisamente, a Nota Técnica nº 11/2019 traz novamente o Hospital Psiquiátrico no centro do sistema da Saúde Mental, retrocedendo para o aumento da violência dos Direitos Humanos e exclusão social dos usuários. Além do mais, ignora a promoção e o tratamento em saúde mental que tinha base na Saúde Pública, sistêmica e intersetorial, fortalecendo a ideia de intervenção meramente clínica (ALMEIDA, 2019).

Possibilidades e desafios éticos e de gestão na oferta de serviços desses CAPS

Ao analisar as entrevistas sobre o que poderia ser feito para melhorar o cuidado aos usuários da RAPS em Iguatu-CE, os profissionais reconhecem que muito tinha a mudar, mas nada de proposta concreta, além de melhor espaço físico e mais profissionais para compor as equipes. Fica então o questionamento, dialogando com os autores aqui já citados: o que pode ser feito para que os CAPS sejam realmente facilitadores na construção de novos paradigmas, de nova sociabilidade, de nova apreensão cultural da loucura, da saúde mental, tanto para que os usuários lembrem que podem viver além do seu diagnóstico como para que toda a sociedade perceba que a saúde mental compõe e perpassa o nosso cotidiano?

Quanto às possibilidades de estratégias no cuidado e organização nos CAPS, foram apresentadas ações, como o matriciamento e o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Sobre isso, Ferreira *et al.* (2017) colocam o primeiro como articulador das ações entre a saúde mental e a atenção primária, almejando, portanto, potencializar o cuidado comunitário, assim como formular estratégias conjuntas. Mas, o que se vê no cotidiano dos municípios são estratégias de

responsabilizar somente o CAPS pelos atendimentos quando a equipe está nos postos dos bairros, ou só se discute o caso se a equipe de saúde mental estiver junto.

Já no segundo, na construção do PTS, como foi exposto, é muito raro, e concordando com Ferreira *et al.* (2017), quando é realizado, o usuário fica mais uma vez refém da possibilidade que mostram a ele, limitando-o nas ações institucionais, e não colocando o indivíduo como principal contribuinte na discussão para que então possam ser verificadas suas potencialidades no seu território.

Matriciamento é o principal, quando tava tendo, né? Você ter uma ideia, isso é umas das coisas que organizacional da rede, né, do município, da rede de saúde do município, mas cê ter ideia tem, tem serviços que já foi matriciado duas vezes e a gente ainda tem dificuldade, entendeu? Outra coisa são as interconsultas que é um calo que a gente tem com os hospitais, entendeu?... nós, que é uma coisa positiva, que ajuda por quê? Porque os psiquiatras vão tá dentro do hospital, né? Que tá retomando agora, mas, forma de vídeo chamada, entendeu? E é uma coisa que, que num, num é tão corriqueira, porque muitas vezes os médicos preferem encaminhar do que pedir a interconsulta, chega paciente com acesso, de todo jeito. Era melhor conseguir uma interconsulta, mas preferem, tipo, se livrar porque o paciente num vai tá ali e ele num vai ter que tomar nenhuma atitude, mesmo tendo a interconsulta. (Profissional 3).

Por mais que a política tenha mudado, que o governo tenha modificado isso, a gente, eu posso dizer que quanto equipe, aqui dentro do serviço, a gente tem tentado conduzir ainda na mesma perspectiva que a gente pensava, né, do empoderamento do usuário, da autonomia, da decisão dele sobre o que ele quer fazer. Apesar do que a gente peca muito, porque a gente não consegue fazer os projetos terapêuticos singular, e o não conseguir eu vou para além né, será se a gente tá tendo outras estratégias para que a gente consiga desenvolver isso? Então eu acho que assim... as mudanças elas vieram, é, pra elas, de uma certa forma elas estão fortalecendo um pensamento que a gente vinha tentando quebrar, né, que era a questão do estigma, do preconceito. (Profissional 4).

Alvarenga e Dimenstein (2006) acrescentam no debate sobre os desafios da desinstitucionalização da loucura e instigam sobre como a possibilidade de desconstruir manicômios simbólicos, que são normalizados pela nossa sociabilidade intolerante com a diferença. Aqui é colocado como grande desafio da sociedade e das práticas institucionais buscar a emancipação pessoal, social e cultural para além da reinserção social.

Acreditamos que é limitada a luta pela reforma psiquiátrica calcada na perspectiva da reinserção social, busca pela reafirmação dos ideais modernos de liberdade, igualdade e fraternidade, sem uma crítica (ruptura) radical aos fundamentos de um processo societal que se desenvolveu ancorado na rejeição de tudo o que não se identificava com a racionalização da vida cotidiana. Notamos, pois, que a perspectiva de reforma psiquiátrica ancorada no paradigma da reabilitação psicossocial permanece refém do exercício de uma

consciência cidadã, perspectiva limitante do que vem a ser a proposta de desinstitucionalização da lógica manicomial que sustenta saberes e práticas cronificadoras e de subjugação de uns pelos outros. (ALVARENGA; DIMENSTEIN, 2006, p. 4).

Alvarenga e Dimenstein (2006) apontam ainda como desafios nessa discussão fatores que vão além de questões burocráticas da administração, como também subjetivos, ou seja, resquícios da cultura manicomial perpassam o cotidiano popular, e não podemos vislumbrar que pequenos avanços, muitas vezes forjados em novos moldes conservadores, sejam o fim da caminhada. Abandonar o olhar de especialista, vigiar constantes desejos de controle, normatização são algumas das estratégias que podem ser cotidianamente incorporadas para construir uma ruptura da institucionalização não só nos pequenos territórios, mas também em toda a sociedade.

Considerações finais

A produção de cuidado em Saúde Mental muito já avançou, com a articulação e o empenho do que se tem do Movimento da Reforma Psiquiátrica, que vem progredindo nacional e regionalmente. Inegavelmente, para além de manifestos que requerem transformações nos serviços ofertados pela política de saúde mental, pautar tais questões arraigadas nas vivências da sociedade requer muito mais que boa vontade dos profissionais em prestar um bom atendimento, acolhimento e acompanhamentos dos usuários da RAPS.

Muito se avançou e muito ainda tem a caminhar. Para tanto, os profissionais, mergulhados na extensa demanda que chega aos CAPS, precisariam se organizar, perceber que fazem ou acabam reforçando práticas que não convém com o que pregam os princípios de emancipação e liberdade dos usuários. Sensibilizar a equipe e a gestão para a causa da saúde mental poderia ser um bom avanço nessa questão, já que, pelo menos nos últimos dois anos em Iguatu-CE, não tiveram momentos de organização, debate, estudo sobre o que está sendo promovido em cuidado em saúde mental, nem com profissionais, nem com os que desses serviços necessitam.

Destaca-se a importância da formação e da residência multiprofissional em saúde mental, que apesar de vivenciar as mesmas dificuldades que os demais profissionais da equipe, é um espaço que se propõe estar em constante movimento, com atividades que extrapolam a ação mecânica, imediata e por vezes contagiam os profissionais que ali estão. Investir na qualificação em saúde mental significa não só capacitar pessoas, mas também contribuir para

uma sociedade que percebe e socializa melhor com as diferenças, com as potencialidades da loucura.

Mesmo com o retrocesso apontado pelos últimos governos conservadores, soma-se aos desafios a possibilidade de levar até o dia a dia das comunidades a convivência e a partilha de vivências a partir de atividades, ou seja, romper os muros das instituições e das mentes, promovendo a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental.

Referências

ALMEIDA, J. M. C. Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 11, p. 1-6, 2019. Doi: 10.1590/0102-311X00129519. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KMwv8DrW37NzpmvL4WkHcdC/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ALVARENGA, A. R.; DIMESTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Doi: 10.1590/S1414-32832006000200003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/8ZjNQ6LKhtkhM4FtLXnXVbT/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial**: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da Reforma Psiquiátrica. 2006. 217 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7134/tde-17102006-121439/publico/Regina_Bichaff.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf. Acesso em: 18 jan. 2020.

BRAVO, M. I. S.; PELAEZ, E. J.; PINHEIRO, W. N. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. Doi: 10.18315/argumentum.v10i1.19139. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19139>. Acesso em: 18 jan. 2020.

DELGADO, P. G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 1-4, maio 2019. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00212. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/zV7FgHGZww6WWRfgsDK7bkn/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2020.

DEVERA, D.; ROSA, A. C. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da Unesp**, Assis, v. 6, n. 1, p. 60-80, 2007. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1010>. Acesso em: 18 jan. 2020.

FERREIRA, T. P. S. *et al.* Produção do cuidado em saúde mental: desafios para além dos muros institucionais. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 373-384, 2017. Doi: 10.1590/1807-57622016.0139. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/ChwzY8kyVHdYJmQfvRSJj3C/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2021.

FIGUEIRÓ, R. A.; DIMENSTEIN, M. O cotidiano de usuários de CAPS: empoderamento ou captura? **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, v. 22, n. 2, p. 1-16, maio/ago. 2010. Doi: 10.1590/S1984-02922010000800015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/LGTtrNmWcxF3PPfySFg7ZYv/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2021.

HEIDRICH, A. V. Balanço da reforma psiquiátrica antimanicomial brasileira. *In*: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. (org.). **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

LIMA, A. F. *et al.* Avanços e limites da reforma psiquiátrica no estado do Ceará: a herança histórica e o desafio da desinstitucionalização. **Encontros Universitários da UFC**, Fortaleza, v. 1, n. 1, 2016. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/eu/article/view/17545>. Acesso em: 18 jan. 2021.

NUNES, J. M. S.; GUIMARÃES, J. M. X.; SAMPAIO, J. J. C. A produção do cuidado em saúde mental: avanços e desafios à implantação do modelo de atenção psicossocial territorial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 1213-1231, out./dez. 2016. Doi: 10.1590/S0103-73312016000400008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/hGJTpY5mKVbQxr9nBPmSG5S/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2021.

MARTINELLI, M. L. (org.). **O uso das abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1994.

VASCONCELOS, E. M. Contribuições recíprocas entre o Serviço Social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. *In*: DUARTE, M. J. O.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

Submetido em 28 de agosto de 2021.

Aprovado em 9 de junho de 2022.