



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

ELAINE CAMÊLO CARNEIRO

PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Recife
2020

ELAINE CAMÊLO CARNEIRO

PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Wedna Cristina Marinho Galindo

Recife
2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária : Maria Janeide Pereira da Silva, CRB4-1262

C289p Carneiro, Elaine Camêlo.
Práticas profissionais de atenção à saúde mental / Elaine Camêlo
Carneiro. – 2020.
95 f. ; 30 cm.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Wedna Cristina Marinho Galindo.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
Inclui referências.

1. Psicologia. 2. Saúde mental – Prática profissional. 3. Pessoal da área
de saúde mental. 4. Profissionais da saúde. 5. Centro de Atenção
Psicossocial (CAPS). 6. Reforma psiquiátrica. I. Galindo, Wedna Cristina
Marinho (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2020-049)

ELAINE CAMÊLO CARNEIRO

PRÁTICAS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Psicologia.

Aprovada em 04/02/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Wedna Cristina Marinho Galindo (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Suely Emilia de Barros Santos (Examinadora Externa)
Universidade de Pernambuco

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Souza Santos (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a minha família, que sempre me apoia em tudo o que faço, me incentivando e motivando a não desistir dos meus sonhos e seguir em frente.

Agradeço a Leo, que desperta o melhor em mim e me faz querer ser alguém melhor a cada dia. Que me inspira e sempre me apoia nos meus projetos, acreditando mais no meu potencial do que eu mesma.

Agradeço a Universidade Federal de Pernambuco e ao PPGPsi pelo acolhimento nesta casa, que era nova para mim. Além disso, sou grata a todos os professores e colegas de turma que contribuíram com o desenvolvimento da minha pesquisa desde o início.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa FRESTAS e seus integrantes, que contribuíram diretamente com minha pesquisa, em momentos de compartilhamento de experiências e discussões importantes.

Agradeço a Thays, minha parceira de orientação, que me ajudou com sua experiência e tranquilidade, partilhando diversos momentos importantes de estudos e trocas durante esses dois anos. Agradeço também a Juliana, que me incentivou a tentar a seleção de mestrado e me inspirou a seguir em frente.

Agradeço a Wedna, melhor orientadora que eu poderia ter, por me acolher e respeitar meu modo de escrever e fazer pesquisa; por me incentivar a seguir, por me tranquilizar em relação aos prazos, por estar sempre disponível quando eu precisei. Sua disponibilidade é admirável!

Agradeço à FACEPE por contribuir com a realização desta pesquisa a partir de Bolsa de Mestrado e propiciar seu desenvolvimento, com o intuito de favorecer a transformação da realidade estudada.

E por fim, agradeço às Instituições, aos Usuários, e especialmente aos Profissionais que se dispuseram a construir comigo esta pesquisa, confiando em mim enquanto pesquisadora e dedicando uma parte do seu tempo tão precioso para dialogar.

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira tem sua história conhecida. Composta por movimentos de luta na tentativa de humanizar o cuidado ofertado às pessoas em sofrimento psíquico e modificar o *status* da loucura na sociedade, a Reforma Psiquiátrica tem os Profissionais como importantes agenciadores das transformações alcançadas. Assumimos aqui o posicionamento de que as Práticas Profissionais em Saúde Mental são fenômenos coletivamente construídos, permeados por questões históricas, sociais e políticas, localizando-se no entremeio das disputas entre o Paradigma Manicomial e o Paradigma Psicossocial. O presente estudo teve como objetivo analisar as Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental no contexto da Atenção Psicossocial. Para tal, foi desenvolvido um levantamento bibliográfico sobre o tema e realizadas oito entrevistas semiestruturadas com Profissionais de diversos níveis – apoio, médio, superior e gestão – que compõem equipes de dois Centros de Atenção Psicossocial da Região Metropolitana do Recife/PE. O Construcionismo foi utilizado enquanto referencial teórico, aliado à Análise do Discurso, está presente também na análise dos dados. Os resultados foram organizados em três eixos: Conformidade com a Atenção Psicossocial, Exercício Profissional – aspectos facilitadores e dificultadores –, e Estratégias de Mediação. Nossos achados indicam que as Práticas Profissionais estão sendo constituídas por *saberes* estruturados, baseados no Movimento de Reforma Psiquiátrica e no Modelo Psicossocial, e por *fazer*es cotidianos pautados em portarias, manuais governamentais e pautas de movimentos sociais. A Subjetividade dos Profissionais se mostrou importante objeto de reflexão. Concluímos que o distanciamento entre *Saber* e *Fazer* pode ser minimizado se considerarmos a Subjetividade dos Trabalhadores, junto a um maior investimento da Gestão em condições estruturais, Educação Permanente e oferta de maior poder ao Profissional sobre sua atuação, possibilitando reflexão crítica micropolítica e maior alinhamento ao Modelo de Atenção Psicossocial.

Palavras-chave: Prática profissional. Profissionais da saúde. Saúde mental. Centro de atenção psicossocial (Caps). Reforma psiquiátrica.

ABSTRACT

The Brazilian Antimanicomial Psychiatric Reform has its known history. Created by movements that fought in an attempt to humanize the care offered to people in psychological distress and modify the status of madness in society, the Psychiatric Reform has the professionals as important agents of the transformations achieved. We assume in this work that the professional practices in mental health are a collectively constructed phenomena, permeated by historical, social and political issues, located in the midst of disputes between the Asylum Paradigm and the Psychosocial Paradigm. The present study aimed to analyze the professional practices of mental health care in the context of psychosocial care. To achieve this, a bibliographic survey on the subject was developed and eight semi-structured interviews were conducted with professionals of various levels – support, middle, superior and management – who are the working teams from two Psychosocial Care Centers in the Metropolitan Region of Recife/PE. Constructionism was used as a theoretical framework, coupled with Discourse Analysis, which is also present in data analysis. The results were organized into three axes: Compliance with Psychosocial Care, Professional Exercise - facilitating and difficulting aspects -, and Mediation Strategies. Our findings indicate that Professional Practices are formed by structured knowledge, based on the Psychiatric Reform Movement and Psychosocial Model, and by daily activities based on ordinances, government manuals and social movement guidelines. The subjectivity of professionals proved to be an important object of reflection. We come to the conclusion that the gap between *knowing* and *doing* can be minimized if we take into consideration the subjectivity of workers, allied with a greater investment of Management in structural conditions, Permanent Education and offering greater power to the professional over their performance, enabling a critical micro-political reflection and greater alignment with the Psychosocial Care Model.

Keywords: Professional practice. Health professionals. Mental health. Psychosocial care centers. Psychiatric reform.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	IDENTIFICAÇÃO COM O TEMA E JUSTIFICATIVA	8
1.2	A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CENÁRIO POLÍTICO.....	11
1.3	FUNDAMENTOS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICOS DA PESQUISA	14
2	RESPOSTAS SOCIAIS À LOUCURA E SAÚDE MENTAL.....	19
2.1	MODOS DE CUIDADO EM SAÚDE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL.....	19
2.2	ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL.....	25
3	LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO.....	31
3.1	SOBRE TÉCNICAS/DISPOSITIVOS DE TRABALHO	34
3.2	SOBRE PROCESSOS DE TRABALHO	35
3.3	DISCUSSÃO ACERCA DOS ACHADOS NA REVISÃO DE LITERATURA.....	39
4	METODOLOGIA.....	48
4.1	LOCAL DA PESQUISA.....	48
4.2	AS PARTICIPANTES.....	49
4.3	AS ENTREVISTAS.....	49
4.4	TRATAMENTO DOS DADOS.....	51
4.5	ANÁLISE DOS DADOS	52
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	53
5	RESULTADOS.....	54
5.1	CONFORMIDADE COM A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	54
5.2	EXERCÍCIO PROFISSIONAL – ASPECTOS FACILITADORES.....	57
5.3	EXERCÍCIO PROFISSIONAL – ASPECTOS DIFICULTADORES.....	59
5.4	ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO.....	66
6	DISCUSSÃO.....	68
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA	92
	APÊNDICE B - TCLE	94

1 INTRODUÇÃO

As anotações que compõem esta introdução indicam a postura aqui assumida de que as Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental são construídas a partir de processos sociais, distanciando-se de quaisquer perspectivas que as naturalizem. Neste sentido, o capítulo se inicia com um relato acerca da identificação pessoal/profissional da pesquisadora com o tema e a justificativa de pesquisa, breve explanação sobre o cenário político que permeia a Rede de Atenção Psicossocial, seguida por fundamentos teórico-epistemológicos da pesquisa e, por fim, a apresentação dos capítulos da dissertação.

1.1 IDENTIFICAÇÃO COM O TEMA E JUSTIFICATIVA

Pensar nos diversos caminhos que percorri para chegar ao delineamento do meu objeto de pesquisa me fez refletir sobre os atravessamentos que marcam este objeto a partir das minhas implicações enquanto pesquisadora. Entender o meu interesse pela Loucura e pelo Campo da Saúde Mental é também um modo de compreender as escolhas metodológicas feitas para esta pesquisa e todo o percurso delineado em sua execução. Assumo, de antemão, uma postura de engajamento e compromisso, distante da busca pela neutralidade, pois me coloco enquanto pesquisadora da área de Ciências Humanas, com conhecimento situado, admiradora do Movimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e defensora do Modelo de Atenção Psicossocial.

A temática da Saúde Mental perpassa minha formação profissional em diversos momentos. Na graduação em Psicologia, já me interessava pela Clínica e pelo Sujeito em sofrimento psíquico, porém com um olhar ainda voltado para a Psicologia clássica e privatista, de consultório. Ao finalizar a graduação, almejando estudar mais aprofundadamente o Sofrimento Psíquico e o Campo da Saúde Mental, e principalmente me aproximar da perspectiva de Clínica Ampliada, com estudos permeados pela área de Saúde Pública e Saúde Coletiva, fiz Especialização em Psicologia com Foco em Saúde Mental.

Durante o curso, me deparei com diversas discussões sobre as Políticas Públicas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o que foi de extrema importância para o desenvolvimento de um posicionamento mais crítico em relação à Psicologia e aos modos de atuação do Psicólogo na Rede de Atenção à Saúde, bem como no que diz respeito ao Cuidado pensado e ofertado à população em Sofrimento Psíquico. Fruto desta experiência, pude construir o artigo intitulado *Clínica Psicanalítica do Autismo nas Políticas Públicas de Saúde*

Mental: Problematizando a Patologização das Subjetividades (CARNEIRO; ANDRADE, 2013).

Posteriormente, cursei Residência Multiprofissional em Atenção Hospitalar com Ênfase em Gestão do Cuidado, pela Escola de Saúde Pública do Estado, em um Hospital Regional localizado no Agreste Pernambucano. Isto me aproximou do Sistema Único de Saúde (SUS) e fortaleceu meu interesse pelo Campo da Saúde Mental. Foram dois anos de muito aprendizado, no contato diário com pessoas de diferentes municípios e culturas, com modos de sofrimento diversos. Nesta experiência, pude participar de Formações no referido Campo e realizar breve estágio nos CAPS do município, além visitar as Residências Terapêuticas e ter acesso a reuniões e eventos promovidos pela Gerência Estadual de Atenção à Saúde Mental de Pernambuco (GASAM), participando também de reuniões do Grupo Condutor da Rede de Atenção Psicossocial da V Região de Saúde/PE.

Ao longo da Residência Multiprofissional, percebi que os Atores envolvidos no Cuidado em Saúde Mental são atravessados por diversas dificuldades cotidianas. Me sensibilizei com diversas situações de usuários e familiares, como desassistência da RAPS em alguns momentos, descuido dos gestores com as políticas, precarização dos serviços e dificuldades em lidar com o retorno da pessoa com transtorno para o convívio doméstico e social. Todavia, os Atores que me chamaram mais atenção foram os Profissionais de Saúde, que muitas vezes são preparados tecnicamente para atender questões orgânicas dos usuários, mas não são devidamente sensibilizados e capacitados para acolher demandas que envolvem o Sofrimento Psíquico.

Neste sentido, desenvolvi uma pesquisa-intervenção como requisito para conclusão de curso, acerca da *Educação Permanente em Saúde Mental* enquanto estratégia de transformação das Práticas Profissionais (CARNEIRO; SOUTO; PEDROZA, 2019). O objetivo desta intervenção era ofertar fundamentos teóricos e técnicos para os Profissionais, sensibilizando-os e facilitando a transformação de suas Práticas cotidianas no lidar com pessoas no âmbito da Saúde Mental. Os resultados foram positivos e os participantes indicaram a necessidade e o desejo de novos momentos de diálogo sobre a temática, almejando adquirir mais subsídios teóricos e discutir sobre as situações específicas vivenciadas na Rede local e Regional e no próprio Hospital.

Foi a partir destas experiências e outras tantas, além da empatia que tive por usuários, familiares e, especialmente, como já mencionei, por profissionais da RAPS, que optei por desenvolver no Mestrado em Psicologia, uma Pesquisa no Campo da Atenção à Saúde Mental, com foco nas Práticas Profissionais. A pesquisa justifica-se por contribuir, de modo

significativo com a sociedade, especialmente na conjuntura atual do país, no qual as Políticas de Saúde e Saúde Mental estão sendo atacadas, sofrendo desmontes e desinvestimento. Além disto, foram encontradas brechas na literatura que justificam o debruçar sobre questões específicas. No Campo Científico de pesquisas, a Saúde Mental é uma temática bastante explorada. Muito se escreve sobre o funcionamento dos Serviços Substitutivos e da Rede, sobre o Trabalho em Equipe e as dificuldades encontradas na tentativa de consolidação do Modelo Psicossocial.

Todavia, a partir de revisão de literatura, poucas discussões foram encontradas a respeito das Práticas Profissionais, que envolvam o Trabalho Vivo e os processos relacionais, capazes de provocar transformações significativas. Um diferencial desta proposta, em relação às pesquisas já desenvolvidas na área, seria o público-alvo, pois como cursei uma Residência Multiprofissional, entendi a importância de ampliarmos o alcance das pesquisas, ao incluirmos diversos núcleos do saber e pensarmos em uma perspectiva interdisciplinar. Indo mais além, considerando a importância de todos os profissionais da equipe na promoção do cuidado aos usuários, os participantes pensados enquanto enunciadores e coconstrutores da pesquisa são profissionais de diversas categorias profissionais e diferentes níveis de formação e atuação, atuantes nos CAPS que lidam com pessoas em Sofrimento Psíquico – conhecidos como CAPS transtorno.

O município de Recife/PE foi escolhido como Campo, por ser minha cidade de origem, por ser sede da Universidade Federal de Pernambuco, e por ter uma história interessante e complexa na Saúde Mental, tendo sido, segundo Maia (2007) um dos maiores polos de Hospitais Psiquiátricos na década de 1990, reordenando o modelo de Saúde Mental e estruturando uma Rede Substitutiva apenas a partir do início do século XXI.

De acordo com diversos estudos locais, como o de Silva (2015), a RAPS do município de Recife se mostra incompleta e insuficiente, com lacunas significativas que dificultam a desconstrução da lógica manicomial. A transformação de tal contexto depende do investimento em Políticas Públicas e interesse da Gestão Governamental. Diante de uma situação em que a Psiquiatria ganha destaque em detrimento de outros Campos de Saber, e a lógica de enclausuramento da loucura é resgatada, desrespeitando todos os princípios básicos do Movimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira, é urgente pensarmos em novas formas de resistência e defesa do Modelo Psicossocial, bem como estratégias de Cuidado e Acolhimento aos usuários, familiares e Profissionais da Rede de Saúde.

Assim sendo, a presente pesquisa versa sobre Práticas Profissionais em Saúde Mental, a partir da perspectiva dos Profissionais que compõem as equipes dos Centros de Atenção

Psicossocial da região metropolitana do município de Recife/PE. Inserido na linha de pesquisa 'Processos Psicossociais, Poder e Práticas Coletivas' do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tal estudo situa-se no campo interdisciplinar da Saúde Mental, permeado por temáticas como Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, Processo de Desinstitucionalização e disputas entre o Paradigma Manicomial-asilar e o Paradigma Psicossocial, considerando os Profissionais de Saúde Mental enquanto construtores de realidades e sujeitos da ação de mudança. Para tal, busca analisar as Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental em CAPS, identificando quais Práticas são desempenhadas pelos Profissionais e quais os sentidos são construídos por eles acerca das Práticas de Atenção à Saúde Mental.

1.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E O CENÁRIO POLÍTICO

Em âmbito Nacional e Internacional, as instituições asilares foram alvo de denúncias por violação de direitos e baixa eficácia na reabilitação de pessoas com transtornos mentais, na segunda metade do século XX. As críticas ao Modelo Manicomial originaram movimentos e reformas no setor. O Movimento da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira teve início no Brasil na década de 1970, influenciado pelos preceitos do movimento italiano, através da denúncia da indústria da loucura, que estava expandindo significativamente as internações psiquiátricas. Ações legislativas foram fomentadas em meados de 1980, diante da percepção de um cuidado inadequado e violento prestado nos hospitais psiquiátricos. Também foram realizados diversos movimentos, incluindo usuários, familiares e trabalhadores, como a 8ª Conferência Nacional em Saúde, em 1986, em Brasília; a 1ª Conferência Nacional em Saúde Mental, em 1987, no Rio de Janeiro; e o 2º Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, marco da articulação de diferentes movimentos sociais em torno da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em 1987, em Bauru (VASCONCELOS; FACUNDES, 2017).

No início da década de 1990, diversas movimentações e portarias foram criadas em âmbito Nacional, no sentido de atender às demandas da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, o que reverberou em discretos esboços de transformações nos Estados. Em 1994, o Estado de Pernambuco, grande concentrador de Hospitais Psiquiátricos, promulgou a Lei nº 11.064, a partir da Assembleia Legislativa, dispondo sobre a substituição progressiva das instituições psiquiátricas pela Rede de Atenção Integral à Mulher, com serviços de Saúde Mental extra-hospitais, substitutivos (MAIA, 2007).

Durante a década de 1990, vários serviços foram inaugurados, como os CAPS, que marcaram o processo de desinstitucionalização da Saúde Mental no município de Recife/PE. Porém, até os anos 2000, a rede extra-hospitalar era bastante pontual, composta por sete hospitais psiquiátricos sob gestão municipal, conveniados ao SUS, além de um CAPS público e um privado – conveniado ao SUS. Até o final do século XX, Pernambuco tinha forte ligação do Estado com a Psiquiatria, através de uma relação de complementariedade. Com a entrada de uma nova gestão municipal em 2001, Recife apresenta propostas de reordenação na Rede de Saúde Mental, estruturando uma rede substitutiva, com base na aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica nº 10.216/2001, que redireciona o modelo de Assistência em Saúde Mental (MAIA, 2007).

Oliveira (2008) destaca o caráter letárgico na implementação da Reforma Psiquiátrica no Estado de Pernambuco, atribuindo isto ao desinteresse político e pouca participação popular, além de considerar entraves ligados à saúde coletiva, como a polarização epidemiológica e o desencontro entre oferta e procura em saúde coletiva no Estado. Neste sentido, as ações do governo direcionadas à Saúde Mental estariam concentradas nas reduções dos leitos psiquiátricos, negligenciando ações de atenção e cuidado para as pessoas com transtorno mental. A persistência de assistência médica psiquiátrica precária e desumana, a continuada expansão de serviços psiquiátricos privados e a redução do projeto reformista no âmbito municipal seriam outros entraves para a implantação de políticas e ações positivas no campo da Saúde Mental.

Aos poucos, do decorrer dos anos seguintes, novos serviços foram sendo implantados, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial. A partir de 2013, o diálogo sobre a Rede de Saúde Mental do Recife foi ampliado e deu-se início a construção da RAPS municipal, pautada nos critérios estabelecidos pela Portaria nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a), contando, para além dos CAPS, com Residências Terapêuticas, Unidades de Saúde da Família, Núcleos de Atenção à Saúde da Família, Leitos integrais em hospitais, dentre outros serviços. Além disto, neste período, diversos leitos psiquiátricos e instituições asilares foram fechados em Pernambuco, fortalecendo a desinstitucionalização estadual (SILVA, 2015).

Desde 2016, temos acompanhado em nível Nacional o início de uma crescente desconstrução das Políticas Públicas, estas construídas por várias mãos e a partir de diversas lutas. Tal desconstrução é marcada pelo desfinanciamento de projetos e serviços, bem como por mudanças nas normativas, o que altera a lógica técnica e as formas de intervenção, que tendem a enquadrar subjetividades e cercear a liberdade da população. Marcada por interesses

econômicos e relações de poder, houve uma mudança na Coordenação Geral de Saúde Mental, como também organização e fortalecimento de instituições contra-reformistas.

Podem ser citadas duas legislações publicadas em 2017, que ratificam o desmonte da RAPS. A Resolução nº 32 de 14 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017a), prevê aumentar repasses públicos para leitos psiquiátricos e ampliar sua oferta, além de expandir o apoio às Comunidades Terapêuticas e incluir os hospitais psiquiátricos como componente da RAPS. Dias depois, é lançada a Portaria Ministerial nº 3.588 de 21 de dezembro de 2017 (BRASIL, 2017b), que altera a Política Nacional de Saúde Mental e consolida, de modo discreto, o início da transformação da Rede de Atenção Psicossocial.

Em 2019, é lançada a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), intitulada como '*Nova Saúde Mental*', que discorre sobre a nova formação da RAPS e não considera mais Serviços como sendo *substitutivos* de outros. Além disto aumenta o número de leitos psiquiátricos e as parcerias com as Comunidades Terapêuticas, aponta para internamentos infantis, adere à lógica da abstinência e tratamento com eletroconvulsoterapia, além de diminuir o financiamento dos CAPS 24 horas. Neste cenário de desmontes e retrocessos, os Estados e municípios também são afetados. Camaragibe, município da Região Metropolitana do Recife/PE, anunciou em 06 de fevereiro de 2019, o fim das equipes dos NASF e Consultórios na Rua, através da Secretaria Municipal de Saúde, com exoneração de diversos profissionais.

Ainda em fevereiro de 2019, foi noticiado o fechamento de dois serviços residenciais terapêuticos, administrados por organizações sociais, vinculados ao CAPS David Capistrano, localizado em Recife, por justificativa de insustentabilidade financeira. Esses e outros acontecimentos têm provocado diversas reações e resistências por parte das instituições e movimentos sociais que apoiam a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e se pautam nos Direitos Humanos, gerando cartas de repúdio e análises críticas das equipes de Saúde, do CAPS David Capistrano, do Conselho Federal e Regional de Psicologia, Conselhos de Saúde, dentre outras instituições.

Pernambuco segue firme na luta pela Reforma Psiquiátrica e consolidação da RAPS no estado, expressando sua resistência diante do desmonte Nacional a partir da Resolução do Conselho Estadual de Saúde, que aprova a Política Estadual de Saúde Mental através da Resolução nº 747 de 11 de julho de 2018 (CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE, 2018).

1.3 FUNDAMENTOS TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICOS DA PESQUISA

A Análise das Redes de Sentido que sustentam as Práticas Profissionais em Saúde Mental mostra-se estratégica para compreender os tensionamentos entre o Paradigma Manicomial e o Psicossocial, bem como as transformações ocorridas no âmbito da Saúde Mental e suas repercussões na atualidade. Ao compreendermos as Práticas de Saúde como atos produtivos geradores de efeitos, constituídos por saberes científicos e, principalmente, orientados por uma finalidade social historicamente construída, abre-se a possibilidade de pensarmos processos que substituam os modos atuais de Atenção à Saúde, visando novas formas de Cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Assumindo uma postura alinhada ao *Discurso Construcionista Social*, esta pesquisa ocupa-se de investigar os processos pelos quais os sujeitos explicam, compreendem ou dão conta da realidade vivida no âmbito da Saúde Mental. Comprometidas com um modo crítico e desnaturalizante de fazer pesquisa, considerando a construção social do mundo vivido e a historicidade das Práticas, entendemos que Sujeitos e objetos são objetivações de nossas construções e práticas sociais. Essas referências nos distanciam de perspectiva representacionista e nos permite questionar o instituído e a realidade propriamente dita (MÉLLO et al., 2007; GERGEN, 2009; SPINK, 2010).

Todo conhecimento é coletivo, construído histórica e dialogicamente, de forma situada, dentro das relações humanas. Deste modo, entendemos que a produção do conhecimento tem centralidade na linguagem – prática social – e nos processos relacionais – modo como as pessoas organizam a realidade e constroem sentidos para ela (GERGEN, 2009). Compreendemos que o discurso dos enunciadores da pesquisa reflete sua cultura discursiva – e não sua experiência privada –, e, portanto, buscamos analisar seus discursos a partir dos seus efeitos e da forma como estes constroem o objeto e se relacionam com ele.

Neste contexto, a *Análise do Discurso* (AD) mostra-se fecunda aos propósitos da pesquisa, em conjunto com o Construcionismo Social, por compreender a linguagem como mediação entre homem e realidade natural e social. Tal mediação é o discurso em si, que torna possível a continuidade e/ou a transformação das realidades vividas. A produção de sentidos, o objeto da Análise do Discurso, leva em conta, assim como o Construcionismo, o contexto sócio histórico, e pauta-se na concepção de que “as relações de linguagem são relações de sujeitos e de sentidos” (ORLANDI, 2015, p. 20).

Há diferentes enfoques no estudo sobre AD, todavia características comuns se apresentam em todas as perspectivas: postura crítica e respeito ao conhecimento;

reconhecimento da influência cultural e histórica na forma pela qual compreendemos o mundo; o entendimento que o conhecimento é socialmente construído; o compromisso de analisar as formas de interligação entre conhecimento e prática (BAUER; GASKELL, 2015).

A opção teórico-metodológica da utilização do Construcionismo conjugado com a Análise do Discurso nesta pesquisa sobre Práticas Profissionais se justifica no sentido em que o primeiro se debruça sobre as relações dos sujeitos, de modo contextualizado e subjetivo, na construção da realidade, enquanto a AD, de modo complementar, insere a linguagem como mediadora dos indivíduos com a realidade, produzindo sentidos e demarcando posições nas relações sociais cotidianas (MARRA; BRITO, 2011).

As Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental, são aqui tomadas como fenômenos coletivamente construídos, permeados por questões históricas, sociais e políticas. Estas Práticas estão inseridas em um contexto de tensionamento e forças de poder no campo da Saúde Mental, no qual o Paradigma Manicomial e o Paradigma Psicossocial se fazem presentes e atuantes. Defendemos que tais paradigmas, os modos de cuidado em Saúde Mental ao longo dos séculos, e o próprio Movimento de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira, são construções sociais pautadas em um contexto cultural e histórico, passíveis de transformações. Destacamos que reconhecer o campo de tensões pode ajudar a promover novas relações nas quais o poder não se constitua enquanto dominação, podendo ser exercido de modo ampliado, possibilitando a emancipação dos sujeitos envolvidos (FERIGATO; CAMPOS; BALLARIN, 2007).

Os Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica no Brasil construíram novos entendimentos e valores sobre os *Sujeitos*, o *Trabalho* e as *Relações* na Saúde Mental, na perspectiva de romper com a desumanidade do tratamento ofertado aos “loucos” nos hospitais psiquiátricos (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017). Nesta pesquisa, tomamos as Práticas Profissionais como sinônimo de Trabalho em Saúde, produzido por meio do encontro trabalhador-usuário (MERHY, 2002), ancorados em uma perspectiva Psicossocial que se propõe a construir práticas substitutivas à lógica manicomial e produzir novas formas de enxergar a loucura na sociedade, livre de preconceitos e estigmas.

Os *Sujeitos* da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial são agentes sociais que têm voz e liberdade para exercer suas subjetividades. São pessoas autônomas e empoderadas, que têm o direito de protagonizar seu existir, com possibilidade de gerenciar sua vida e seu cotidiano, reconhecendo limites e possibilidades (DUTRA; BOSSATO; OLIVEIRA, 2017). São Sujeitos cidadãos, com direitos civis e sociais garantidos. Sujeitos ativos, com singularidades

e potenciais a serem desenvolvidos, com garantia à liberdade de criação e expressão (FEITOSA et al., 2010).

Os *Sujeitos* da Atenção Psicossocial são conscientes, críticos, autônomos e emancipados, com potencialidade para resistir às diversas formas de aprisionamento e anulação de suas subjetividades, sendo acionados não a partir de uma relação de tutela, mas por uma relação de contato com o outro, especialmente nos serviços de saúde (GOMES, 2013; AMARANTE, 2003a). Pessoas capazes de refletir e rebelar-se, com possibilidade de gerar movimentos instituintes para a construção de novas realidades nos serviços substitutivos e na sociedade em geral (CAMPOS, 2013; TRAVERSO-YÉPEZ; MORAIS, 2004).

Para que novas realidades sejam construídas nos serviços de saúde, o *Trabalho* na Atenção Psicossocial precisa ser dinâmico, criativo, inventivo e potente, um *trabalho vivo em ato*, com alto grau de governabilidade sobre a produção do cuidado em saúde (MERHY, 2002). Entendemos que o *trabalho vivo* é autogovernável, passível de subverter o normalizado e naturalizado, ferramenta ímpar quando pensamos em transformação paradigmática e superação da hegemonia do modelo Manicomial na Saúde Mental. Com foco na dimensão relacional, as Práticas na Atenção Psicossocial completam-se no ato de sua realização, no encontro entre subjetividades, com capacidade rizomática de agir sob a lógica e inventividade próprias dos *Sujeitos* que operam os sistemas produtivos, estes capazes de construir novos sentidos e modos de cuidado em suas *relações* (MERHY; FEUERWERKER, 2009; FRANCO, 2013).

A partir do *Trabalho vivo em ato* e do arranjo entre as tecnologias em saúde – leves, leve-duras e duras –, a autonomia e potência do *Sujeito* na construção da realidade ganham destaque. O usuário pode então ser protagonista no processo da produção de sua saúde. Os profissionais, *Sujeitos* de saberes e de ações, têm o poder de protagonizar novos processos com força de mudança, fabricando subjetivamente relações e situações. Entendemos que compromisso ético, social, político dos profissionais é condição para operar a gestão e práticas de cuidado em saúde junto aos usuários dos serviços (MERHY, 2002).

Destacamos que os modelos de atenção à saúde vigentes na atualidade são perpassados por poderes políticos, técnicos e administrativos que operam na sociedade contemporânea, priorizando as tecnologias duras – maquinários e equipamentos – e leve-duras – saberes estruturados –, que se impõem sobre os outros núcleos, especialmente nas relações baseadas na produção de atos em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009). Ao compreendermos as Práticas de Saúde como atos produtivos geradores de efeitos, constituídas por saberes científicos e orientadas por uma finalidade social historicamente construída, abre-se a possibilidade de pensarmos processos que substituam os modos atuais de atenção à saúde,

visando novas formas de ofertar cuidado e produzir vida em sociedade (MERHY; FEUERWERKER, 2007).

Para dar conta das complexas realidades existentes na Atenção Psicossocial, o trabalho em equipe multiprofissional mostra-se fecundo para a construção de novas possibilidades *relacionais* – tecnologias leves –, sendo uma potente ferramenta indicada pela literatura (SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013; CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012). A aposta é em uma forma horizontalizada de atuação, rompendo com a verticalização do sistema e com o atendimento individual com foco na cura de doenças, característico do Paradigma Manicomial. A formação multiprofissional abre espaço para o desenvolvimento de um trabalho em saúde em uma perspectiva interdisciplinar, com compartilhamento de saberes e integração das diversas áreas do conhecimento através dos profissionais (SILVA et al., 2013).

A interdisciplinaridade pode contribuir para o enfrentamento da fragmentação das ciências tradicionais e dos saberes e práticas cristalizados, facilitando a construção de novos modos de cuidado e processos interativos, produzindo agentes de transformação da realidade social, pautados em referências socioculturais localizadas. Na perspectiva Psicossocial, a reconstrução da complexidade e da totalidade do *Sujeito* são prioridades, alcançadas a partir de práticas com caráter interdisciplinar – através da interação entre diversas fronteiras do saber acadêmico, popular e artístico –, com ênfase no cuidado em saúde (VASCONCELOS, 2009; BACKES et al., 2009).

Nesta pesquisa, entendemos consonante com o Paradigma Psicossocial, que todos os *Sujeitos* são protagonistas na produção de cuidado e estão aptos a produzir a si mesmos como sujeitos de transformação, agindo sobre os processos produtivos dos atos em saúde, para assim, modificá-los. A produção em ato do cuidado em saúde é um momento intercessor, rico por se firmar nos processos relacionais, operado por diversas modalidades de saber e fazer (MERHY, 2002).

* * *

No capítulo 1, adentramos em discussões no campo da Saúde Mental, contextualizando o cenário no qual as Práticas Profissionais estão inseridas. Para tal, abordamos as concepções de saúde, reflexões sobre o processo saúde-doença, a temática da loucura, seu percurso histórico, a disputa entre os paradigmas manicomial e psicossocial, e uma breve discussão sobre a organização da Política de Saúde Mental nas últimas décadas até o momento atual.

O segundo capítulo é composto por um levantamento bibliográfico que reúne parte da produção científica sobre as Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental, objeto deste estudo. Tal levantamento foi realizado como forma de caracterizar o objeto estudado e facilitar algumas escolhas teórico-metodológicas, tendo em vista que um dos objetivos da presente pesquisa é o de agregar conhecimento ao campo científico acerca das Práticas Profissionais e suas nuances no campo da Saúde Mental.

O terceiro capítulo apresenta o método, a análise do discurso, participantes da pesquisa, instrumentos/procedimentos de coleta, tratamento e análise de dados.

O quarto capítulo trata dos resultados da pesquisa e o quinto da discussão dos resultados, seguido das considerações finais, contendo os últimos apontamentos da pesquisa, e, finalmente, as referências.

2 RESPOSTAS SOCIAIS À LOUCURA E SAÚDE MENTAL

O trabalho produzido na Atenção à Saúde Mental deve ser analisado a partir de um contexto que considere aspectos socioculturais, históricos, tecnológicos e disputas de poder que envolvem as instituições. Para entendermos as Práticas Profissionais no campo da Saúde Mental, precisamos nos debruçar sobre os modos de cuidado em saúde, a história da loucura, e as respostas sociais a esta questão.

2.1 MODOS DE CUIDADO EM SAÚDE E A REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL

Autores de referência para a área de Saúde Coletiva, como Paim e Almeida-Filho (2014) nos ajudam a compreender o complexo conceito de saúde, marcado por tensionamentos e divergências situados por diferentes modos de se conceber o processo saúde-doença. Segundo eles, para o senso comum, a saúde estaria relacionada ao não adoecimento, ao bem-estar e à possibilidade de trabalhar. Já para a Organização Mundial de Saúde (OMS), seria representada pelo completo bem-estar físico, mental e social, não se restringindo à mera ausência de doenças. Esta última definição, segundo Batistella (2007), é alvo de questionamentos, pois apesar de ampliar o conceito de saúde, mostra-se utópica e unilateral, indicando uma concepção pouco dinâmica do processo e tornando o conceito de saúde inatingível, não podendo ser utilizado como meta pelos serviços de saúde.

A díade saúde-doença aponta para uma polissemia de sistemas de significação, sendo notada a prevalência de uma dinâmica focada na doença, característica do modelo biomédico, cuja apropriação de problemas sociais pela área da medicina define padrões de normalidade e desvios. Tal processo envolve um modo de assujeitamento e de dominação social, respaldado por um sistema capitalista com dinâmica predominantemente medicalizadora. O sujeito, tutelado pelo profissional médico, assumiria o papel de doente, introjetando discursos prescritivos e autoritários das instituições de saúde (TRAVERSO-YÉPEZ, 2008).

A partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e das leis orgânicas nº 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), que instituem o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, propõe-se que a assistência à saúde seja universal e integral, buscando intervir nas necessidades da população e ordenar as relações entre profissionais e usuários, a partir da construção de uma lógica pautada no cuidado, contrapondo-se ao modelo biomédico de atenção (TEIXEIRA, 2000). Tal aposta baseia-se especialmente nos serviços territoriais,

arranjos organizativos que objetivam facilitar o acesso das pessoas, de forma integrada, sistêmica e equitativa, aos serviços de saúde, considerando as dimensões histórica, relacional e social do processo, tomando o homem como ser social que se constrói na relação com o meio e com os outros sujeitos (FARIA, 2013; CAMARGO-BORGES, 2007).

Todavia, neste campo marcado por disputas, a aplicabilidade destes princípios torna-se um grande desafio diante da predominância de um modelo de saúde hospitalocêntrico, assistencialista e biologicista. Apontada por Mendes (1996), a crise em saúde é caracterizada por ineficiência, ineficácia e iniquidades, provocando uma fragmentação na assistência, com elevados custos e resultados insatisfatórios. Fertonani et al. (2015) afirmam que esta temática foi pauta de diversas Conferências Nacionais de Saúde (CNS), quando discutiu-se a primordialidade da construção de um modelo de atenção voltado para a qualidade de vida e necessidades prioritárias de saúde da população, vinculado aos princípios delineados no movimento da Reforma Sanitária Brasileira, como a democratização da saúde e a ampliação do conceito de saúde, ligado ao âmbito social.

Neste contexto, adentramos em um objeto mais específico do processo saúde-doença: a loucura. Objeto de interesse do campo da Saúde Mental, a loucura nem sempre foi entendida como doença. À serviço de interesses diversos e forças de poder, tal fenômeno passou por várias transformações conceituais, sociais e práticas ao longo dos séculos, especialmente no Ocidente. Martins (2017) reflete que conhecer o contexto histórico da loucura é um gesto desnaturalizador desta enquanto doença mental, o que possibilita a compreensão subjetiva de uma realidade que se transforma a partir das mudanças políticas, econômicas e sociais de cada época.

A respeito da história da loucura e de sua construção simbólica, Amarante (2015) aponta que tanto a loucura como os loucos tiveram vários significados ao longo da história, percebidos como demônios e endeusados, comédia e tragédia, erro e verdade, ocupando assim múltiplos espaços e lugares nas cidades, como ruas, praças, vielas, pontes, igrejas, prisões e hospitais. Silveira e Braga (2005) complementam tal ideia narrando que na Grécia antiga os delírios chegaram a ser considerados privilégios, pois seriam um caminho para o contato com as verdades divinas, ocupando a loucura o lugar de alteridade radical, exterior ao sujeito. Na antiguidade clássica, houve o rompimento entre o misticismo e a razão, e a loucura passa a representar, em pouco tempo, o lugar simbólico do mal.

Na Idade Média o louco substituiria os leprosos no lugar de exclusão social, sendo retiradas do convívio social todas pessoas avaliadas como inadequadas. Os tratamentos, baseados em tortura, aprisionamento e privações ganharam força na transição para o

capitalismo, quando a institucionalização passa oficialmente a ser uma medida de controle, utilizada para sanar parte do problema de inflação populacional nas cidades (HOLMES, 2001; BOCK, 2003).

É a partir da Revolução Francesa, no século XVIII, que o louco passa a ser sujeito de tutela social, percebido como socialmente incapaz. A loucura é transformada em doença mental, assumindo o *status* de patologia, interpretada enquanto fenômeno que requer um saber especializado. O médico aparece, neste panorama, como único capaz de salvar da alienação o ser humano ‘despossuído de razão’ (MARTINS, 2017). É válido ressaltar que, para Amarante (2015), tanto a psiquiatria quanto a doença mental são noções historicamente construídas. A psiquiatria é entendida como um saber historicamente datado, que elege, em determinado momento, a doença mental enquanto objeto médico-científico, operando na transformação conceitual e experiencial da loucura em doença mental no Ocidente. Para Foucault (1978), a psiquiatria seria um território de restrições em forma de muros, discursos e da própria prática médica.

A interpretação da loucura como doença, segundo Silveira e Braga (2005), tem relação com a inauguração de um aparato institucional para tratar esta nova nosologia, o que implica sua captura pelos trâmites conceituais da medicina científica do início do século XIX, tendo como representante o médico francês Philippe Pinel, que propôs a transformação do asilo – enclausuramento – em manicômio, um possível instrumento de ‘cura’. Tal noção, segundo Amarante (2015, p. 83), legitima “o isolamento, a medicalização, a tutela e a desqualificação do sujeito”, transformando a pessoa em um doente, e sua história de vida na história de uma doença.

A partir da concepção da loucura enquanto doença mental e da primazia da psiquiatria neste campo, o lugar de internamento passa a ser entendido para além de um espaço de confinamento e exclusão, tornando-se também um lugar de observação e tratamento da loucura pela medicina. Tal fato vai ao encontro de aspectos das ciências naturais e do pensamento racional. A concepção de que é possível conhecer um fenômeno em sua totalidade a partir do estudo de suas partes, influenciou as ciências médicas em sua conceituação sobre o processo saúde-doença, levando à centralidade do corpo e da doença no encontro médico-paciente, havendo assim uma redução do sujeito à dimensão biológica, baseada na perspectiva médico-biologicista (MACHADO, 2006).

As intervenções médicas colocam o sujeito entre parênteses, para dar foco à doença, ao aspecto biológico do sujeito, este tutelado pelo asilo. A missão das instituições era de circunscrever a loucura e os loucos em espaços fechados, isolados, longe do vento e da luz,

protegidos por muros; proteção esta que se restringia ao risco de evasão, proteção para a sociedade, e não para o louco. O objetivo nem sempre explícito era isolar mendigos, vagabundos, prostitutas, devassos, doentes e loucos, entendidos como incapazes de contribuir com o desenvolvimento social e viver coletivamente, diante da expansão do capitalismo. Os manicômios eram lugares de miséria, ausência e morte. Lugar do vazio, da desrazão. Um *não lugar* para os *não sujeitos* que ali estavam (AMARANTE, 2015).

Recorremos a Goffman (1961) e ao conceito de instituições totais, criado por ele, para refletir sobre as instituições asilares e manicomiais. Estas funcionam de acordo com uma lógica própria, atendendo aos interesses da instituição em detrimento das necessidades e desejos dos sujeitos institucionalizados, o que pode gerar a mortificação do eu diante do isolamento da sociedade e do apagamento da subjetividade dos sujeitos nas atividades, burocráticas e punitivas, propostas por tais instituições.

Neste cenário, os profissionais que trabalhavam nos manicômios ocupavam um lugar de submissão à lógica econômica, curativa, disciplinadora e moralista do tratamento, através de práticas violentas, desumanas e castradoras desenvolvidas nestas instituições. Era preciso fechar os olhos para as dimensões histórica, cultural e social do louco, objetivando trazê-lo de volta à norma. Os trabalhadores sofriam os efeitos da fragmentação ao serem privados da totalidade do sentido do seu trabalho. De um lado, os médicos psiquiatras assumiam o *status* de saber e poder diante dos pacientes. Por outro lado, os funcionários de modo geral, eram submetidos a uma condição de subemprego, sem qualquer capacitação/qualificação para o serviço, mal pagos, desrespeitados e desvalorizados (AMARANTE, 2015; MACHADO, 2006).

O modelo que define a loucura e o louco como objetos da ciência médica, oferecendo ao médico a autoridade sobre o doente e legitimando a instituição asilar como espaço de tratamento e a medicalização como ferramenta privilegiada, ficou conhecido como *Paradigma Manicomial*. Este modelo não permite a flexibilização das relações interpessoais, pois delineia-se a partir de uma relação hierárquica, na qual o médico é detentor do poder sobre o paciente, que perde seu direito de voz. Além disto, provoca cronicidade pelo isolamento e falta de perspectiva futura. O sujeito institucionalizado torna-se dependente da instituição como garantia de sobrevivência. Os técnicos também são afetados pela institucionalização na medida em que confirmam o asilo em seus saberes e práticas, estando ao mesmo tempo a ele submetidos. É no manicômio que a institucionalização se inicia, mas não é nele que o processo finda, pois tal processo tem o poder de se incrustar nos sujeitos, manifestando-se e reproduzindo-se nas relações extramuros (MACHADO, 2006).

Em suma, o *Paradigma Manicomial* pode ser traduzido enquanto coisificação e adaptação do sujeito, hospitalização, medicalização e hierarquização das relações com enaltecimento do saber médico. Machado (2006) aponta diversas contradições deste modelo. O sujeito histórico e sociocultural é reduzido à sua dimensão biológica, tornando-se propriedade da instituição psiquiátrica, que privilegia sinais e sintomas de um corpo doente, desconsiderando a visão do sujeito sobre seu sofrimento e desejos. Além disto, é lançada uma instituição asilar totalizadora, que não dá conta da totalidade do sujeito, sugerindo tratamento, cura e recuperação, mas oferecendo cronificação e institucionalização ao doente.

Contra esta lógica, segundo Silveira e Braga (2015), começam a surgir questionamentos ao dispositivo médico psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico, a exemplo do período pós-guerra no século XX, cenário propício para o desenvolvimento de movimentos reformistas da psiquiatria contemporânea. Rotelli e Amarante (1992) nos ajudam a visualizar o início de uma transformação conceitual, na qual a noção de loucura enquanto doença mental passa a ser desconstruída, dando lugar a uma nova forma de percebê-la enquanto existência-sofrimento do sujeito na sociedade, o que pode ser apreendido na postura teórica adotada pelo Movimento de Reforma Psiquiátrica Italiano, na figura de Franco Basaglia.

Em 1978, foi aprovada na Itália a Lei nº 180, propondo pela primeira vez o fim do manicômio enquanto aparato psiquiátrico, sugerindo substituição deste por meio de cuidado e acolhimento, dando início a uma transformação epistemológica e cultural da loucura e da própria psiquiatria. Basaglia propõe uma inversão da estratégia até então utilizada, colocando a doença entre parênteses, ao invés do sujeito, para poder lidar com o sujeito em sua experiência-sofrimento. Tal proposta rompe com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico e ainda contribui para o surgimento de uma nova relação da sociedade com os sujeitos em sofrimento. Surge então a noção de desinstitucionalização, estratégia que busca desmontar os aparatos conceituais, jurídicos, sociais e culturais que foram fomentados pela psiquiatria a partir da doença mental (MACHADO, 2006).

O processo histórico brasileiro relativo ao entendimento sobre a loucura baseou-se fortemente na experiência italiana, apesar de apresentar diversas peculiaridades que o distingue das experiências observadas na Europa. A atenção específica ao doente mental no Brasil teve início com a chegada da Família Real, no início do século XIX, como medida de manutenção da ordem social. Em 1852, foi criado o primeiro hospício brasileiro, baseado em um modelo de assistência à saúde essencialmente curativo e assistencialista, onde a doença mental passava a ser vista como uma mercadoria rentável, a partir da associação entre a lógica do capital e a manicomial (SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Tal lógica marcou a realidade brasileira por décadas, especificamente até o término do período de ditadura civil-militar, no final do século XX, quando houve abertura para a luta pelo resgate da cidadania dos sujeitos com sofrimento psíquico e melhores condições para os trabalhadores de Saúde Mental. A sociedade teve papel fundamental neste processo, através de denúncias dos modelos de exclusão e violência. Neste contexto, o modelo de assistência à saúde passou por mudanças significativas, objetivando reatar laços afetivos e sociais, respeitar os direitos humanos e promover uma assistência humanizada (BRASIL, 2005; MORAES, 2008).

Lançado na década de 1970, em consonância com princípios do Movimento Sanitário, o Movimento de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial Brasileira também se ergue em defesa da saúde coletiva e do protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde em todo o processo de cuidado (BRASIL, 2005). De acordo com Pereira (2015), tal movimento busca exercer uma função crítica aos sistemas hegemônicos de produção de significação, subjetividade e poder. Além disto, parte do pressuposto de que problematizar os modos de pensamento historicamente estabelecidos que determinam o modelo de produção da subjetividade é também um ato político, compreendido enquanto resistência permanente à normas excludentes, o que demanda transformações éticas e epistemológicas que possibilitem a superação de limites da representação e alargue os contornos da razão.

Em sua dimensão teórico-conceitual, a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial dispõe-se a construir um novo paradigma no campo das ciências sociais, rompendo com o modelo biomédico tradicional, ao compreender a saúde como um processo biopsicossocial. Na dimensão técnico-assistencial, concentra-se na construção de serviços substitutivos aos manicômios, reconstruindo práticas e saberes que estabeleçam novas relações produtoras de novos sujeitos. Para que se modifique o imaginário social, propõe, através da dimensão sociocultural, que se trabalhe socialmente o estigma produzido em torno da loucura, defendendo ainda as possibilidades de cuidado para além dos espaços manicomiais (MELO, 2012; AMARANTE, 2007).

A posição que assume a Reforma Psiquiátrica Antimanicomial parece ser a de promover uma ruptura paradigmática que legitime os vários modos de existências, além da revisão das práticas em Saúde Mental e postura crítica dos profissionais e gestão. Inclui-se em tal tarefa, a reelaboração de concepções, dispositivos, respeito à autonomia dos sujeitos, além de mudanças na mentalidade e comportamento social diante do sofrimento psíquico intenso (SILVA; SANTOS; ROSSI, 2017).

Tal transformação, segundo Machado (2006), é facilitada pela transição do paradigma científico moderno para o pós-modernista, que abandona conceitos positivistas como a realidade linear e invariante e assume a noção de uma realidade complexa e dinâmica. As determinações econômicas, sociais, política e ideológicas passam a ser consideradas ao se analisar o processo saúde-doença, o que abre espaço para o reconhecimento da necessidade de um tratamento/cuidado integral, que enfoque sujeito e seus sofrimento. Deste modo, e com o avanço das medicações psicotrópicas, os profissionais podem pensar em uma nova terapêutica, incluindo no tratamento profissionais das mais diversas áreas do conhecimento, como psicólogos, assistentes sociais, músicos, dentre outros. Tal olhar possibilitou o questionamento da legitimidade das instituições asilares e a ideia de serviços substitutivos aos manicômios, que privilegiassem o convívio social e familiar para os usuários dos serviços.

Aqui podemos notar o surgimento do *Paradigma Psicossocial* de Atenção à Saúde Mental, voltado para o resgate da autonomia dos sujeitos em sofrimento, cuidado no território, desinstitucionalização, desmedicalização, centralidade no sujeito pluridimensional e valorização da singularidade, interdisciplinaridade e interlocução entre profissionais, usuários, familiares e comunidade/sociedade. A superação do modelo positivista nas ciências sociais da saúde em favor de um modelo psicossocial de atenção é considerada uma revolução científica (MACHADO, 2006).

O *Paradigma Psicossocial* reconhece que a instituição asilar nega a subjetividade e todas as dimensões do sujeito que não residam no corpo, atestando a ineficácia do *Paradigma Manicomial* diante das demandas do sujeito em sofrimento psíquico. O que é proposto pelo novo modelo não é apenas a substituição de instituições asilares, mas sim a extinção da lógica assistencial manicomial e a transformação no modo de lidar com a loucura, legitimando as diferenças, propondo um caminho oposto à exclusão, a ser percorrido por diversos atores sociais e instâncias governamentais (MACHADO, 2006).

2.2 ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL

O trabalho em Saúde Mental deve incluir os diversos atores e dimensões da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, bem como a implicação política e afetiva diante da proposta de lançar um novo olhar da sociedade sobre a loucura.

Em 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Bauru, militantes e trabalhadores propuseram um novo caminho, com o lema *Por uma Sociedade sem Manicômios*. Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) e a

consagração do SUS, em 1990, através das leis orgânicas 8080/90 (BRASIL, 1990a) e 8142/90 (BRASIL, 1990b), as necessidades da população são visualizadas e a relação profissional-usuário é modificada, para que haja um reordenamento da lógica do cuidado em saúde, agora pautada em conceitos como universalidade e integralidade.

Na década de 1990 foram lançadas portarias ministeriais compostas pelo delineamento de ações e financiamento para serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, e portarias estaduais direcionadas a uma rede de atendimentos integrada e descentralizada. No início do novo século, acompanhamos a legitimação de importantes reivindicações do movimento da Reforma.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde declarou este o Ano Internacional da Saúde Mental. No Brasil (2001) aprovamos a Lei 10.216/2001, também conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Paulo Delgado, que institui um novo modelo de tratamento aos portadores de transtornos mentais e redireciona a assistência em Saúde Mental, privilegiando os serviços de base comunitária e destacando a proteção e direito das pessoas com transtornos mentais, porém não institui mecanismos claros para a extinção progressiva dos manicômios. De toda forma, a promulgação desta lei impõe novo ritmo ao processo da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira, e a Política de Saúde Mental do Governo Federal, alinhada aos preceitos da Reforma, passa a se consolidar (RAMMINGER, 2005).

Ainda em 2001, houve a III Conferência Nacional de Saúde Mental, com o tema *Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica, com Acesso, Qualidade, Humanização e Controle Social*, que objetivou discutir a reorientação do modelo assistencial, resultando em uma medida da gestão pública que determinou disponibilização de recursos financeiros específicos para a rede, através da portaria nº 336/2002 (BRASIL, 2002), criando diversas modalidades de CAPS – de acordo com o porte: I, II, III, ou com a finalidade: álcool e outras drogas; crianças e adolescentes (DELGADO, 2011).

Alguns avanços são testemunhados pela população ao longo dos anos 2000, como a redução de leitos em hospitais psiquiátricos e um movimento de desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação. Delgado (2011) propõe uma análise dos 10 anos após a aprovação da Lei da reforma psiquiátrica. O autor entende que o desafio central após estes 10 anos seria o protagonismo dos usuários, familiares e sociedade nas discussões acerca da Saúde Mental. Outro ponto destacado seria a necessidade de compartilhar saberes na Saúde Mental, no sentido de fazer com que o conhecimento técnico e científico seja disseminado em uma linguagem compreensível e ética, gerando autonomia à população. Este seria um desafio

para além da democratização da informação, trazendo para o plano central os próprios usuários e familiares, enquanto atores principais na construção do conhecimento.

Em junho de 2011, é lançado o decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011b), que regulamenta a Lei nº 8.080/90, e dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, dando ênfase à regionalização e concretude aos princípios constitucionais de integralidade e descentralização. Finalmente, em dezembro do mesmo ano, é instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da portaria do Ministério da Saúde nº 3.088/2011 (BRASIL, 2011a), constituindo-se enquanto rede de Saúde Mental articulada e integrada com os diversos pontos de atenção, no intuito de atender pessoas em sofrimento psíquico intenso e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Desde o surgimento da RAPS, com o fortalecimento do processo de desinstitucionalização, destacam-se inegáveis avanços alcançados em âmbito nacional e estadual, como o fechamento de instituições asilares, redução dos leitos de longa permanência, abertura e interiorização dos serviços Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), construção de redes de serviços substitutivos e estratégias de atenção como as Residências Terapêuticas e abertura ou qualificação de leitos de atenção integral em hospitais gerais, o que provocou o fortalecimento do *Paradigma Psicossocial* e avanços no modo como a sociedade lida com a loucura (VALADARES, 2013).

Nos anos seguintes foi possível notar o fortalecimento da Política Nacional de Saúde Mental e uma maior autonomia dos Estados no delineamento da rede de Saúde Mental, sendo constituídos os Grupos Condutores Estaduais da RAPS em 25 Estados do país. No relatório de gestão 2011-2015, Saúde Mental no SUS, lançado pelo Ministério da Saúde, é possível conhecer os investimentos do Governo nas diversas políticas direcionadas à Saúde Mental, a expansão dos programas e serviços, bem como qualificação das equipes, e a realização do I Encontro Nacional de Redes de Atenção Psicossocial do SUS, ocorrido em 2013, com o objetivo de promover troca de experiências entre os atores da RAPS e propor ações efetivas diante do desafio de consolidar novas práticas emancipatórias em Saúde Mental (BRASIL, 2016a).

No início de 2017, frente ao cenário político com o *impeachment* da Presidenta Dilma Rousseff, que representou o golpe de 2016, militantes da luta antimanicomial se reuniram para discutir os rumos e desafios da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira, gerando a partir disto o *Manifesto em Defesa da Democracia, dos Direitos Sociais e Por Uma Sociedade Sem Manicômios*. Foi então organizado o Encontro Nacional dos 30 anos da Luta

Antimanicomial, tendo como eixos centrais a necessidade de mobilizar a RAPS, a importância dos atores defenderem as conquistas obtidas nestes 30 anos de implantação de uma nova política e refletir sobre os desafios atuais, em especial os retrocessos na Saúde Mental, estes associados ao contexto político do país no referido ano (ENCONTRO DE BAURU, 2018).

No final de 2017, já no governo de Michel Temer, a Comissão de Intergestores Tripartite aprovou a resolução nº 32/2017 (BRASIL, 2017a) que estabelece as diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, passando a considerar os Hospitais Psiquiátricos como componentes da RAPS, prevendo aumento de repasses públicos para leitos de hospitais psiquiátricos e expansão das comunidades terapêuticas para tratamento de dependentes químicos. Tal resolução se mostra na contramão da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e atenta contra os princípios da luta antimanicomial. Alguns dias depois é lançada a portaria nº 3.588/2017 (BRASIL, 2017b), que consolida o início de uma transformação na Política Nacional de Saúde Mental e na RAPS, representando um retrocesso no cuidado ofertado à pacientes da saúde mental ao aumentar o valor da diária de internação em hospitais psiquiátricos e ampliar o número de leitos nestas instituições, dentre outras medidas.

No ano seguinte, em 2018, o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (Conad) altera a política de Saúde Mental, retomando a abstinência como método central para tratamento de usuários de drogas, a ser realizado, de preferência, em Comunidades Terapêuticas, custeado pelo governo. Além disto, é criada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica, com objetivo de promover diálogo e reflexões acerca dos direitos e proteção das pessoas com transtorno mental e questões que envolvem a saúde mental. O debate inicial buscou ser sutil nas mudanças propostas, porém ficou claro o retrocesso diante da ratificação da intenção do governo em financiar instituições asilares e afirmar o hospital psiquiátrico e as comunidades terapêuticas como lugares privilegiados de tratamento (TORRES, 2019).

Tais acontecimentos geraram posicionamento, através de manifestos e cartas de repúdio, de diversos órgãos alinhados à movimentos antimanicomiais, à defesa do Modelo Psicossocial de atenção, da democracia, da liberdade e do respeito à autonomia da população, especialmente dos sujeitos em sofrimento psíquico. Porém, mesmo diante dos atos de resistência, no início de 2019, no segundo mês do Governo Jair Bolsonaro, foi lançada a Nota Técnica nº 11/2019 (BRASIL, 2019), conhecida como ‘Nova Saúde Mental’, assinada pelo Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde,

Quirino Cordeiro Júnior. Tal nota considera as diversas portarias e resoluções instituídas nos anos 2017 e 2018 e se propõe a ofertar esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas.

Apreciação crítica do documento (BRASIL, 2019) indica que ele sistematiza as diversas proposições lançadas nos anos anteriores, não considerando mais serviços alinhados com a perspectiva psicossocial como substitutos do Manicômio, destacando os hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas em detrimento dos serviços de base territorial, sugerindo internação de crianças e adolescentes em hospitais psiquiátricos e propondo financiamento para as instituições asilares, bem como para a realização de eletroconvulsoterapia. Além disto, adere ao método da abstinência ao invés da estratégia de redução de danos no tratamento dos usuários de drogas e diminui o financiamento dos CAPS 24h.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) é um dos órgãos que lança repúdio à nota técnica. Segundo a análise do CFP, o teor do documento aponta para um enorme retrocesso das conquistas estabelecidas pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e desconstrói a Política de Saúde Mental diante de propostas alinhadas à lógica manicomial, incentivando a hospitalização e o tratamento desumanizado. A nota de repúdio ainda aponta a conjuntura atual como conservadora e o ataque violento ao SUS diante da redução de recursos para políticas sociais, salientando a necessidade urgente de resistência e desconstrução do modelo asilar (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Podemos observar o lançamento de diversas ações contrarreformistas no atual governo, estas marcadas por cortes significativos nos orçamentos, redução de investimentos, privatizações, tentativa de diminuição do Estado no que diz respeito à responsabilidade social, retorno ao modelo tradicional de atenção à saúde em detrimento da produção da saúde, além do incentivo ao preconceito e desrespeito às minorias (SÁ et al., 2019).

Guimarães e Rosa (2019) apontam que as propostas conservadoras e neoliberais lançadas nos últimos anos provocam mudanças na gestão da Política Nacional de Saúde Mental, na intenção de cumprir acordos políticos, indo na contramão dos avanços da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira, apresentando assim um grande retrocesso. A remanicomialização da Política Nacional de Saúde Mental está incluída no projeto de sucateamento e desmonte do Sistema Único de Saúde e na lógica privatizante que transforma a saúde em mercadoria, ameaçando a garantia de direitos da população.

Neste cenário regressivo, a psiquiatria parece recuperar sua primazia em detrimento dos outros campos de saber, e a lógica defendida assemelha-se à questionada pelo Movimento

da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, pautada na exclusão, violência, tutela e assujeitamento. O modelo que tende a enquadrar subjetividades, controlar corpos e cercear a liberdade, pautado no *Paradigma Manicomial*, parece não só resistir firmemente ao passar dos anos, como também ganhar imunidade diante da nova conjuntura governamental do país, o que implica na renovação dos jogos de poder e das alianças entre instituições que se beneficiam com a *indústria da loucura*.

Os diversos movimentos antimanicomiais seguem ativos e os atos de resistência se tornam ainda mais urgentes diante do desmonte da Saúde e do forte ataque às Políticas e avanços no campo da Saúde Mental. As Práticas Profissionais se apresentam enquanto uma possível estratégia de resistência e superação do modelo de atenção biologicista e medicalizante.

Complexas, dinâmicas e permeadas por potência criativa, as Práticas Profissionais, estando comprometidas com a defesa de uma ética que valorize a vida humana, podem transformar a realidade dos serviços de saúde a partir do *encontro* (AYRES et al., 2003) entre sujeitos – população e profissionais – e da construção conjunta de ações, a partir das relações estabelecidas.

3 LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO¹

O campo da Saúde Mental é marcado por transformações conceituais e práticas. Em seus primórdios, na Grécia Antiga, a loucura tinha o status de porta-voz da verdade divina. Na idade média, substituiu os leprosos no lugar de exclusão social, sendo o louco retirado do convívio social por não se adaptar a ele (SILVEIRA; BRAGA, 2005). A institucionalização da loucura é oficializada na transição para o capitalismo, enquanto estratégia de controle da inflação populacional, pautando-se em tratamentos que envolviam tortura, aprisionamento e privações (HOLMES, 2001; BOCK, 2003). A partir da Revolução Francesa, no século XVIII, o louco passa a ser sujeito de tutela social, e a loucura é transformada em doença mental, interpretada enquanto fenômeno que requer um saber especializado, o da psiquiatria clássica (MARTINS, 2017).

O início de uma das transformações conceituais ocorridas no Campo da Saúde Mental pode ser visualizado a partir de Franco Basaglia e o movimento de Reforma italiana em defesa da desinstitucionalização. O entendimento da loucura enquanto doença mental passa a ser desconstruído, dando lugar a uma nova forma de percebê-la enquanto existência-sofrimento do sujeito na sociedade (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

No Brasil, atenção específica ao louco pautou-se inicialmente em modelo curativo e assistencialista, segundo o qual a doença mental associa-se a uma mercadoria rentável, a partir da associação entre a lógica do capital e a manicomial (SILVEIRA; BRAGA, 2005). O movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira tem seus primórdios na década de 1970, reivindicando modelo assistencial transformador, e assumindo função crítica aos sistemas hegemônicos de produção de significação, subjetividade e poder em torno da loucura (Pereira, 2015). Assumindo a postura de promoção de uma ruptura paradigmática, a Reforma busca legitimar os vários modos de existência, rever práticas em Saúde Mental e transformar a postura da sociedade diante do sofrimento psíquico (SILVA; SANTOS; ROSSI, 2017).

As conquistas em nível de legislação merecem destaque por reorientar a resposta estatal ao sofrimento psíquico. A Lei nº 10.216 (BRASIL, 2001) reconhece direitos das pessoas em sofrimento e desqualifica a internação asilar como ação terapêutica. Mais recentemente foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) por portaria do Ministério

¹ O texto contido neste levantamento bibliográfico corresponde a material do artigo intitulado: “Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental: panorama das publicações brasileiras”, submetido à Revista Psicologia: Ciência e Profissão em 10 de junho de 2019. No momento, o artigo encontra-se “em análise”.

da Saúde (MS) (BRASIL, 2011), caracterizada por articular e integrar os diversos pontos de Atenção à Saúde Mental, no intuito de atender pessoas em sofrimento psíquico intenso e com necessidades decorrentes do uso de drogas.

Destacamos neste debate as Práticas Profissionais, por ser nosso objeto de interesse. Embora a legislação indique ênfase na perspectiva Psicossocial, entendemos que a lógica Manicomial-asilar ainda persiste como referência da sociedade para se lidar com o sofrimento psíquico intenso. Os profissionais podem repetir em suas práticas violências e exclusões, características do modelo Manicomial, ou, o que é mais produtor, promover mudanças ao respeitar a singularidade e a história da pessoa em sofrimento, ao apoiar sua ação no Paradigma Psicossocial. Concordando com Merhy (2002), entendemos que o trabalho em Saúde Mental é um trabalho *vivo em ato*, isto é, o trabalho é feito no momento mesmo em que está acontecendo, na relação profissional de saúde e usuário do serviço. A ênfase, nessa perspectiva, é na relação entre os atores envolvidos no cenário do cuidado, marcado por desafios e ambiguidades.

Trata-se de um estudo de revisão da literatura de pesquisas desenvolvidas no Brasil. Foi consultada, em março de 2018, a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – entendida como uma plataforma que agrega escritos de diversas bases especializadas nacionais e revistas científicas –, e utilizada a seguinte estratégia de intersecção de descritores: Serviços de Saúde Mental AND Prática Profissional; Serviços de Saúde Mental AND Equipe de Assistência ao Paciente. Destaca-se que a escolha dos descritores se deu a partir do foco da pesquisa, relacionado às Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental, incluindo serviços e equipes. A pesquisa caracterizou-se por busca avançada, com descritores contidos no título, resumo e/ou assunto das publicações; a busca foi livre em relação ao ano de publicação. Foram consideradas produções brasileiras escritas no idioma português, inglês ou espanhol.

Hohendorff (2014) indica que em artigo de revisão de literatura deve ser feita uma avaliação do material já publicado, de forma crítica, organizando, integrando e avaliando os estudos relevantes em determinada área de investigação. As etapas de elaboração propostas são: delimitação do tema, formulação de questões, busca e organização de materiais, leitura do título e resumo, elaboração de um roteiro e, finalmente, a escrita do artigo de revisão.

Para este trabalho as produções foram selecionadas por títulos e leitura dos resumos, incluídas as que exploravam temáticas relacionadas às Práticas Profissionais em Saúde Mental e discussões acerca dos Paradigmas Manicomial e Psicossocial. As publicações foram identificadas por: ano de publicação, autor principal, filiação institucional, região das

instituições, título do texto, fonte de publicação, objetivo do estudo e tipo de estudo/metodologia. Após esta etapa, todos os textos foram lidos na íntegra e estudados.

Foram encontradas 53 publicações a partir dos descritores e filtros empregados. Após seleção por títulos, exclusão de duplicidades e seleção por leitura de resumos, restaram 10 produções. Como um dos trabalhos não disponibilizava o texto completo, nove publicações compõem o presente estudo. Todas foram escritas no idioma português e estão publicadas entre 2009 e 2013. Cinco são artigos publicados em revistas científicas direcionadas à grande área da psicologia, um deles está em revista interdisciplinar no campo de ciências humanas, e três são trabalhos de conclusão de cursos de pós-graduações na área da saúde.

Autoria individual é identificada em três trabalhos; duas autoras (quatro publicações), e três ou mais autoras (dois trabalhos) assinam as outras publicações. Em relação à formação profissional, sete das autoras principais são psicólogas, uma é terapeuta ocupacional e uma não teve sua formação identificada. Todas as autoras principais estão filiadas a instituições de ensino, sendo sete nas regiões Sul e Sudeste, uma no Nordeste e uma no Centro-Oeste.

Todas as publicações utilizam a abordagem e técnica de análise de dados qualitativa. No que diz respeito à natureza do estudo, cinco publicações são pesquisas empíricas (PAULON et al., 2011; SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013; CHAVES; PERGORARO, 2013; CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012; MALAMUT, 2011) e quatro de cunho teórico (FIORATI, 2013; SOARES; NASCIMENTO, 2013; ROSA; VILHENA, 2012; VALLI, 2009). Destas últimas, duas são revisões sistemáticas da literatura. Uma delas utilizou como instrumento de coleta de dados publicações dos bancos de dados *Lilacs* (VALLI, 2009) e a outra acessou banco de dados *Scielo* e *Lilacs*, além de publicações do Ministério da Saúde (SOARES; NASCIMENTO, 2013). As publicações de estudos empíricos utilizaram instrumentos variados para coleta de dados. As entrevistas semiestruturadas estão presentes em quatro dos cinco estudos; já o diário de campo foi utilizado em duas pesquisas (CHAVES; PERGORARO, 2013; PAULON et al., 2011). Uma das pesquisas que utilizou o instrumento diário de campo se caracteriza pela pesquisa-intervenção com observação participante (PAULON et al., 2011). Os métodos de análises utilizados foram análise do conteúdo, análise do discurso e análise denominada temática/coletiva a partir da técnica dos incidentes críticos.

Nota-se que o público entrevistado nos estudos empíricos foi composto por profissionais com formação superior. Apenas o trabalho de Silva e Oliveira Filho (2013), realizado com equipes, teve dentre as participantes uma profissional com formação de nível médio-técnico (auxiliar de enfermagem), além dos profissionais de nível superior. Há um enfoque no profissional psicólogo e/ou psiquiatra em algumas publicações (PAULON et al.,

2011; CANTELE et al., 2012; MALAMUT, 2011). Na pesquisa de Chaves e Pergoraro (2013) as entrevistas foram direcionadas à profissionais de diversas áreas de formação, incluindo as profissões anteriormente mencionadas.

No que se refere ao campo do estudo, constatamos que todas as publicações fazem referência à serviços públicos de saúde, sendo seis direcionadas aos Centros de Atenção Psicossocial, uma ao hospital psiquiátrico (MALAMUT, 2011) e duas referentes à RAPS e serviços extra-hospitalares de modo geral, propondo discussões acerca de ferramentas na atenção em Saúde Mental (FIORATI, 2013; SOARES; NASCIMENTO, 2013).

A partir da análise do objeto de pesquisa de cada estudo, foi possível agrupá-los por eixos temáticos: *Técnicas/dispositivos de Trabalho* (FIORATI, 2013; SOARES; NASCIMENTO, 2013; CHAVES; PERGORARO, 2013) e *Processos de Trabalho* (PAULON et al., 2011; CANTELE et al., 2012; SILVA; OLIVEIRA FILHO, 2013; ROSA; VILHENA, 2012; VALLI, 2009; MALAMUT, 2011). O detalhamento das publicações é apresentado a seguir.

3.1 SOBRE TÉCNICAS/DISPOSITIVOS DE TRABALHO

Fiorati (2013) realizou pesquisa bibliográfica, com base de dados não especificada, sobre acompanhamento terapêutico, clínica e Atenção Psicossocial e desenvolveu reflexão crítica acerca da terapêutica ofertada nos serviços extra-hospitalares públicos da RAPS. Em seu estudo, aponta a extrema tecnificação das práticas terapêuticas, o que provocaria a dicotomia e dissociação entre a clínica e as ações psicossociais, sendo a primeira priorizada em detrimento da segunda. O Acompanhamento Terapêutico (AT) é apresentado no texto a partir de um novo formato de clínica, que busca superar o modelo tradicional ao considerar o sujeito em sua singularidade, situado política e socialmente. A autora problematiza que apesar de sua desvalorização nos serviços de saúde, é inquestionável a relevância do AT como atividade terapêutica que integra projetos terapêuticos a partir de uma prática plural e descentrada, o que possibilita a superação da dicotomia entre clínica e Atenção Psicossocial.

Soares e Nascimento (2013), a partir de revisão de literatura realizada em bases de dados *Scielo* e *Lilacs* e publicações do MS sobre o tema, pesquisaram o técnico de referência (TR) como um dispositivo organizacional dos serviços de Saúde Mental. Em alguns estudos realizados com equipes, o TR é percebido de forma ambígua. Tem carga negativa ao ser considerado um profissional essencialmente operativo e burocrático, porém é apontado como alguém importante, que conhece o paciente do ponto de vista emocional, tornando-se neste

discurso a figura central da clínica. Em outros estudos, segundo as autoras, o técnico de referência é definido no sentido positivo e potente, apontado enquanto profissional que qualifica o atendimento e favorece a integralidade do cuidado, considerado figura central para a relação terapêutica. São destacadas algumas limitações na execução do trabalho do técnico de referência, como a elevada responsabilidade, precariedade do Sistema Único de Saúde (SUS) e indefinição do seu papel nos serviços. As autoras afirmam que o TR é um profissional com potencial para promover a diferença no cuidado e a humanização da atenção/gestão em saúde, ao atuar enquanto agente transformador. Todavia, destacam a necessidade de melhoria na organização dos serviços e equipes, e de maior cuidado com a saúde do trabalhador. A Clínica Ampliada é apontada pelas autoras como ferramenta interdisciplinar propícia ao fazer da equipe de referência e do apoio matricial fundamentais para a superação da fragmentação da clínica, ao lidar com usuários como sujeitos autônomos.

A pesquisa de campo de Chaves e Pergoraro (2013) investigou as contribuições do arranjo 'Equipe de Referência' (ER) ao CAPS na perspectiva dos profissionais. Foram entrevistadas profissionais de uma mesma Miniequipe de referência (Psicologia, Enfermagem, Musicoterapia e Medicina). As autoras encontraram satisfação das entrevistadas no trabalho com o arranjo ER, por ser um trabalho interdisciplinar que permite a divisão de responsabilidades e a soma de conhecimentos sobre os usuários, apesar da queixa referente ao grande número de usuários por Miniequipe, o que gera sobrecarga de trabalho. Constataram distanciamento entre a prática e produções acadêmicas sobre o assunto, o que resulta na dificuldade de diferenciar a função e atividades realizadas por uma Miniequipe, além do desconhecimento dos profissionais da existência do modelo em outros serviços de Saúde Mental. Concluem que as miniequipes de referência reorganizam os serviços e contribuem com a descentralização do saber e com o tratamento biopsicossocial, e destacam a relevância de estudos sobre o funcionamento dos CAPS e as Miniequipes nos serviços substitutivos de Saúde Mental.

3.2 SOBRE PROCESSOS DE TRABALHO

O estudo desenvolvido por Rosa e Vilhena (2012), a partir de pesquisa bibliográfica sem base de dados especificada, propôs uma reflexão acerca da clínica nos serviços substitutivos e o delineamento do panorama dos CAPS no Brasil na atualidade. Os autores apontam a dificuldade de traçar um perfil dos CAPS no país, devido a diversidade de realidades existentes, porém nos mostram que a região Sul e Nordeste são as que possuem

maior número de CAPS por habitante, sendo observado na região Norte o pior índice do país. Outra questão não linear nos serviços é a prática clínica e o respeito à singularidade. Os autores afirmam que a diferença entre clínica atual e a praticada antes da Reforma está mais evidente, pois a atual aposta na inserção de práticas socializantes, não moralizantes ou normatizadoras. A clínica é vista como uma possibilidade de resgate de cidadania e valorização dos sujeitos, e faz-se necessária sua reinvenção para a superação do modelo asilar. Argumentam em defesa da urgência de mudanças de compreensão acerca da loucura e a importância do protagonismo dos sujeitos nos serviços de Saúde Mental.

Valli (2009) analisou 27 artigos publicados entre 2003 e 2008 na base de dados Lilacs, sobre a contribuição dos CAPS na assistência aos pacientes. A maioria dos artigos é escrita por enfermeiros (40%), sendo todos autores ligados a instituições acadêmicas. O CAPS é considerado como um espaço social propulsor de transformações, facilitando a produção de novas formas de pensar e interagir com a loucura. Neste estudo, enquanto algumas produções entendem que os CAPS seguem o preconizado pelo MS, outros afirmam que eles ainda não desenvolvem a função aglutinadora e de ordenador da RAPS local, conforme preconizado. O estrangulamento da rede, grande demanda de usuários, formação inadequada dos profissionais para a Atenção Psicossocial e dificuldade de intersetorialidade são apontados enquanto desafios para as equipes dos serviços.

Os trabalhos analisados por Valli (2009) apontam como recomendações a avaliação contínua dos serviços, o aprimoramento do sistema de registros de informações e banco de dados epidemiológicos. Sugerem também que os CAPS rompam com a estrutura do modelo hospitalar através de um atendimento comprometido com a ética, política e produção de novas práticas sociais no lidar com o sofrimento psíquico. A integralidade do cuidado, a humanização e a necessidade de uma rede de cuidados para o trabalhador de Saúde Mental – condições de trabalho, formação permanente e troca de experiências – são destacadas. Avalia-se que há dificuldades na implementação de novas formas de assistência em Saúde Mental e que o serviço CAPS ainda é incipiente. A autora aponta a necessidade de capacitações para as equipes, buscando o compromisso profissional e o uso de novas estratégias de cuidado para a transformação da realidade.

Paulon et al. (2011) estudaram sobre as práticas clínicas *psi* nos CAPS e sua contribuição para a qualificação profissional e potencialização do processo de Reforma Psiquiátrica. Os autores citam como problemática a discussão de casos clínicos, pois a sobrecarga de tarefas cotidianas e assuntos administrativos demandam muito tempo da reunião e prejudicam qualitativamente a construção dos percursos clínicos necessários. Um

ponto positivo destacado foi o esforço das equipes em coletivizar as discussões, que favorece o enfrentamento das demandas cotidianas. Constatou-se a burocratização das reuniões de equipe e do próprio CAPS, e a prática clínica *psi* relacionada a um espaço de escuta individualizada. A escuta à singularidade é destacada como essencial, representativa do *trabalho vivo*. O resgate da autonomia via corresponsabilização e as intervenções terapêuticas em grupo ganham destaque. Evidencia-se a necessidade de delinear estratégias interdisciplinarmente para dar conta da complexidade das demandas apresentadas pelos sujeitos.

Os entrevistados por Paulon et al. (2011) apontam a adoção do técnico de referência e a divisão de tarefas na equipe – acolhimento coletivo – uma forma de tornar os procedimentos coletivos e estimular a corresponsabilização dos sujeitos. Os autores destacam a crítica às práticas prescritivas e sugerem formações técnicas politizadas e o avanço da academia para dar conta do novo modelo de assistência à Saúde Mental. Deste modo, concluem que há necessidade de novos agenciamentos nos espaços de Saúde Mental, maior reconhecimento das equipes na produção de uma nova clínica a partir do seu fazer, além de novas teorias e compartilhamento de experiências que favoreçam uma clínica ampliada pautada nos princípios da Reforma.

A pesquisa desenvolvida por Silva e Oliveira Filho (2013) analisou as produções discursivas de trabalhadores de CAPS sobre o processo de atuação em equipe, através de entrevistas. A interdisciplinaridade é compreendida pela maioria dos profissionais de forma negativa. Apontada como diluidora de especialidades/identidade profissional nos serviços substitutivos, provocaria sobreposições de papéis e geraria tensões e incômodos entre os profissionais. Participantes da pesquisa utilizaram diversas estratégias discursivas para evitar as críticas referentes a seu alinhamento com um modelo ultrapassado e conservador. Parecem combater, de modo discreto, o modelo interdisciplinar que é justamente o que orientou a criação dos serviços substitutivos onde atuam. Apenas dois participantes da pesquisa visualizam a interdisciplinaridade de forma positiva, apesar de reconhecerem a existência de conflitos e desafios. Porém, fica explícito em suas falas que eles se referem, na verdade, ao trabalho multiprofissional, quando afirmam ser interessante o diálogo entre diferentes áreas. Concluem destacando a presença de tensões e conflitos nas equipes, a dificuldades destas em lidar com a prática interdisciplinar e a emergente necessidade de delimitação de espaços profissionais. Além disto, evidencia-se o baixo número de profissionais e a precariedade dos serviços, o que aponta para um descuido das políticas públicas para com os serviços, e, por conseguinte, implica diretamente na qualidade da assistência prestada. O modelo positivista

de estratificação do conhecimento e formação fragmentada em saúde persistem, o que dificulta o avanço e a consolidação do debate interdisciplinar.

A pesquisa de Cantele et al. (2012) foi realizada a partir de entrevistas com sete psicólogos de três CAPS localizados em uma cidade de médio porte do Rio Grande do Sul. O estudo objetivou conhecer a experiência dos profissionais da Psicologia no atual modelo de atenção em Saúde Mental. Estes sentem um impacto negativo ao iniciar o trabalho no CAPS, permeado por frustrações ligadas a dificuldades estruturais e notório despreparo acadêmico para dar conta das demandas da realidade. O trabalho com a loucura exige mudança nos modos de agir e se mostra uma tarefa desafiadora, produtora de sofrimento/exaustão nos trabalhadores. Destacam o desafio da formação em psicologia. Por mais que tenham ocorrido reformas curriculares, os cursos ainda se baseiam no modelo privatista de consultório, o que dificulta o desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas cotidianos. Apesar de denunciarem as amarras relativas ao modelo tradicional de formação clínica, psicólogos se sentem desafiados a reinventar práticas *psi* condizentes com o trabalho Psicossocial e apontam a necessidade de formação continuada e capacitações. As supervisões clínico-institucionais são destacadas enquanto ferramenta estratégica de qualificação e apoio às equipes, facilitando a ressignificação da prática dos psicólogos nos CAPS.

O trabalho em equipe multiprofissional – segundo os enunciadores da pesquisa de Cantele et al. (2012) – é facilitador da integração de práticas e saberes, por propiciar uma melhor compreensão acerca dos processos de saúde e doença. O estudo indica que existem diversos desafios acerca da temática entre o novo e o conservador, como as dificuldades no exercício da prática clínica dos psicólogos devido à formação tradicional e consequente despreparo. Porém, ressaltam que os profissionais estão sempre reinventando as práticas *psi* para adequá-las às demandas. Sugerem que os trabalhadores sejam capacitados antes de assumirem sua função e que a supervisão institucional possa ser utilizada enquanto ferramenta estratégica. Psicólogos ocupam um espaço importante nos serviços substitutivos, inclusive todos os CAPS pesquisados eram coordenados por estes profissionais no momento em que a pesquisa foi realizada.

Malamut (2011) pesquisou a negociação de poder entre médicos psiquiatras e usuários de um hospital psiquiátrico público de Minas Gerais, através de entrevistas com médicos psiquiatras. Destaca que a temática da violência emergiu em todas as entrevistas. A internação seria aplicada a partir do lugar construído para o paciente no discurso dos médicos de negativismo e objetificação, que tornaria o paciente potencialmente violento e justificaria o ato médico de internação. Pontua, entretanto, que o ato clínico de internar não pode ser

compreendido unicamente como uma violência. A internação aqui seria a aplicação de um poder, legitimado pelo discurso e demanda dos familiares dos pacientes. A Reforma Psiquiátrica é sentida pelos entrevistados como uma ameaça para o exercício profissional. A reforma é vista como um jogo de outros profissionais pela busca de poder e é criticada e entendida como desvinculada da assistência prestada aos usuários. Alguns entrevistados sentem que são desvalorizados no novo modelo de atenção e afirmam ter perdido um pouco do poder com a chegada de outros profissionais no tratamento em Saúde Mental, apesar de assumirem que a assistência melhorou.

Segundo Malamut (2011), a Reforma Psiquiátrica propiciou a moderação dos atos violentos travestidos de atos clínicos, que antes eram praticados livremente pelo psiquiatra. A maioria dos entrevistados têm postura contrária à política de fechamento de hospitais psiquiátricos, apontando falhas na rede e a necessidade da existência do hospital. Sobre os serviços substitutivos, os entrevistados expressam ambivalência, ora destacando a importância dos CAPS, ora afirmando que não adianta modificar o nome, se o funcionamento continuar o mesmo de um hospital. Ressaltam ainda a insuficiência de serviços substitutivos e a ineficácia na resolutividade das demandas apresentadas. Para o autor, o saber psiquiátrico é desestabilizado com a advento da Reforma Psiquiátrica e é preciso travar uma batalha contra a subjetivação da loucura. O estudo alerta para a importância da contínua reinvenção das práticas e discursos diante da calmaria da Reforma Psiquiátrica atualmente e do encarceramento da loucura no discurso médico. Defende ainda a extinção dos hospitais psiquiátricos e questiona o motivo pelo qual estes serviços continuam a existir enquanto sustentação do discurso da Reforma Psiquiátrica, que se propõe a inovar as práticas. Indica que seja repensado o modelo substitutivo, para que se desmonte a lógica Manicomial. Sugere que seja retomada a potência político-transformadora do movimento da Reforma Psiquiátrica, com possibilidade de desvinculação da loucura das formas de poder-saber da atualidade.

3.3 DISCUSSÃO ACERCA DOS ACHADOS NA REVISÃO DE LITERATURA

As publicações analisadas são oriundas do campo das ciências humanas e da saúde, vinculadas a Instituições de Ensino. Isso pode estar relacionado ao interesse destas pela produção de conhecimentos teórico-metodológicos, enquanto os serviços priorizam a produtividade de procedimentos técnicos-operativos, circunstância esta que provoca distanciamento entre ensino e produção de cuidado (ALBUQUERQUE et al., 2008). Em

pesquisa sobre o perfil da produção científica sobre CAPS Miranda, Fuentes e Ballarin (2009) encontraram 74% dos estudos desenvolvidos por instituições de ensino.

Os escritos concentram-se prioritariamente na região Sul-Sudeste, ainda que haja publicações das regiões Centro-Oeste e Nordeste. Cordeiro, Oliveira e Souza (2012) e Costa et al. (2012) encontraram quadro semelhante ao nosso. Compartilhamos com esses autores a compreensão de que a histórica concentração de investimentos em educação nas regiões Sul e Sudeste do país ajuda a compreender as distinções na produção científica.

Os estudos apoiam-se em metodologia qualitativa, sendo recorrente o uso da entrevista como técnica de coleta de dados. Entendemos que a problemática que envolve o campo da Saúde Mental requer discussões teóricas, éticas, sociais e políticas, o que demanda problematizações reflexivas, processos cuja apreensão tem sido prioritariamente realizada por métodos qualitativos. A pesquisa de Cordeiro et al. (2012) acerca do perfil da produção científica sobre os CAPS reforça estes achados, indicando 95% de pesquisas qualitativas no levantamento bibliográfico realizado pelos autores.

Os profissionais de nível superior representaram grande parte de participantes dos estudos, em especial profissionais com formação em psicologia e psiquiatria. Apenas a pesquisa de Silva e Oliveira Filho (2013) incluiu uma profissional de nível médio técnico nas entrevistas. Parece-nos que profissionais de nível superior são legitimados pelos pesquisadores enquanto enunciadores de questões importantes, enquanto profissionais com outros níveis de formação seriam negligenciados, já que pouco aparecem nos estudos.

O trabalhador de saúde, de acordo com Paiva e Martins (2014), merece ser considerado como implicado em um processo de cuidado subjetivo e relacional, pertencendo às chamadas *equipes técnicas* ou *equipes de apoio* dos serviços. De fato, as atividades fundamentais desenvolvidas nos CAPS como acolhimento, escuta e estímulo à vida, são pertinentes a todos os profissionais (BICHAFF, 2006; ROCHA, 2005). Destacamos que profissionais de níveis de formação básico e médio são extremamente presentes no cotidiano de usuários de CAPS, quando da recepção e saída, alimentação, além de situações da rotina da unidade de saúde. Sugerimos que novas investigações posam ser empenhadas cujo objeto de estudo seja a organização do trabalho nos CAPS, sendo incluídos profissionais de todos níveis de formação, de modo a contribuir com a compreensão de processos que sustentam a aqui constatada hierarquização dos profissionais das equipes.

A escolha de psicólogos e psiquiatras como participantes prioritários dos estudos parece representar o imaginário social do cuidado em Saúde Mental que os coloca como profissionais associados ao sofrimento mental. Ferreira Neto (2008) destaca a figura do

psiquiatra no tratamento da doença mental e a relevância do psicólogo na história da Reforma Psiquiátrica, entendendo que tais profissionais são reconhecidos enquanto representantes do cuidado específico neste campo, devido aos seus conhecimentos técnicos e especializados.

Os serviços de saúde são objeto central das produções analisadas. Consideramos que essa *performance* das produções sinaliza positivamente para o foco na Atenção Psicossocial, pois os CAPS têm assumido *status* de objeto de pesquisa. Tal fato pauta-se em um cenário sócio-político favorável, a partir do Movimento de Reforma Psiquiátrica e do processo de Desinstitucionalização, fortalecidos pela aprovação da Lei nº 10.216/2001, que proporcionou maior abertura para discussões no campo ao redirecionar o modelo assistencial em Saúde Mental (BRASIL, 2001). Deste modo, foi possível visualizar um aumento considerável do interesse dos pesquisadores em estudar os CAPS e as práticas na Atenção Psicossocial, como constatado em pesquisas da área (CORDEIRO et al., 2012; MIRANDA et al., 2009).

Apresentamos a seguir discussão das temáticas centrais identificadas no material analisado. Optamos em organizar por blocos, para facilitar a compreensão das ideias propostas, todavia, destacamos que os temas trabalhados são indissociáveis, intrínsecos às discussões acerca das Práticas Profissionais na Atenção à Saúde Mental. Nosso debate é dirigido, portanto, para: a) ***Defesa do Paradigma Psicossocial em oposição ao Manicomial***; b) ***Obstáculos para a efetivação da Atenção Psicossocial*** e, c) ***Possíveis saídas*** para consolidação do modelo Psicossocial.

As produções analisadas figuram uma disputa entre o *Paradigma Manicomial* e o *Psicossocial*. Argumentam em ***defesa do Paradigma Psicossocial***, cuja lógica de atenção é pautada em uma prática interdisciplinar no território, comprometida com a promoção de autonomia e cidadania dos indivíduos. Ênfase é dada ao sujeito em sofrimento, retirando-se o foco da doença a partir de uma ética psicossocial comprometida com o reposicionamento da pessoa diante de sua existência. O Paradigma Psicossocial busca superar as práticas asilares, com um trabalho pautado no território, na singularidade e autonomia do sujeito, o que é o objetivo primeiro do CAPS (SILVA; ZANINI; RABELO; PERGORARO, 2015).

Em oposição ao modelo psicossocial, o *Paradigma Manicomial* é denunciado pelas publicações, retratado enquanto representante de uma lógica asilar e violenta pautada em uma determinação orgânica da doença, em práticas desintegradas, individualizantes, prescritivas, e na hierarquização do poder entre os profissionais, cujo médico tem lugar de destaque. Exceção a isto aparece em um dos estudos, cujos participantes são profissionais de saúde de um hospital psiquiátrico (MALAMUT, 2011). Os entrevistados parecem concordar com os pressupostos centrais do Paradigma Psicossocial, porém, avaliam como incipiente a execução

das propostas e defendem o funcionamento das instituições asilares, justificado pela insuficiência da rede substitutiva e a ineficácia na resolutividade das demandas. Tal argumento parece-nos superficial e reducionista, distante de reflexões políticas e sociais complexas que permeiam o campo da Atenção Psicossocial. A insuficiência da rede substitutiva merece ser entendida como expressão de interesses dos diversos grupos implicados nessa realidade. Argumentar em defesa da manutenção do manicômio por conta da insuficiência da rede parece-nos desleal com os pressupostos ético-políticos da Reforma Psiquiátrica.

As publicações em defesa do modelo Psicossocial sugerem a retomada da potência político-transformadora do movimento da Reforma Psiquiátrica, como possibilidade de desvincular a loucura das formas de poder-saber vigentes e superar o modelo Manicomial. Enfatizam também a urgência da inventividade de uma nova clínica que permita a mudança de compreensão acerca da loucura e contribua para a consolidação do trabalho Psicossocial. Sem dúvida, o Paradigma Psicossocial representa um avanço político, técnico e ideológico. Porém, a Reforma Psiquiátrica, segundo Pereira e Costa-Rosa (2012), mostra-se “insuficiente para afirmar uma revolução paradigmática” (p. 1041) por si só. O desafio é imenso, pois envolve a alteração no modo como a sociedade concebe a loucura. É preciso conhecer a construção histórica da loucura para dar conta de desnaturalizar conceitos e reconstruí-los, o que implica a contraposição ao discurso Manicomial, operacionalizada pela reconstrução de discursos e saberes, dos sentidos atribuídos ao cuidado em Saúde Mental, o estabelecimento de novas relações e o deslocamento do entendimento da loucura a partir das posições ocupadas por profissionais e usuários (SILVEIRA; BRAGA, 2005; ZANETTI, 2006; AMARANTE, 2009).

Outro tema importante no material estudado são os ***obstáculos para a efetivação da Atenção Psicossocial*** no cotidiano. Constatase que a disputa entre os Paradigmas marca o funcionamento dos serviços e as Práticas Profissionais. Modos de trabalho associados à perspectiva Manicomial ainda estão presentes na rotina dos CAPS. A *falta de uma estrutura mínima de funcionamento*, o alarmante *descuido das políticas públicas* e a *precarização dos serviços* de Saúde Mental são apontados nos estudos como entraves para a superação da lógica asilar. Apesar do aumento significativo no número de CAPS e de serviços substitutivos no país (BRASIL, 2016), a construção de equipamentos e serviços é apenas uma das ações, de responsabilidade da gestão governamental, necessárias para a superação das práticas asilares. Pereira e Costa-Rosa (2012) também argumentam isto somente não é sinônimo de mudança paradigmática da Atenção em Saúde Mental.

Por mais que os profissionais participantes das pesquisas indiquem que o modelo asilar é nocivo e contraproducente, eles estão imersos em um cotidiano marcado por práticas manicomiais e de (re)produção de violências nos serviços, situações aprisionantes mantidas pelo modo como o cuidado em Saúde Mental é compreendido e praticado. Por serem realizadas em um campo complexo, em constante disputa, as Práticas Profissionais são perpassadas por ambivalências, nas mais diferentes formas. Entendemos que o *trabalho com a loucura* pode produzir sofrimento e exaustão nos profissionais, além de exigir novos modos de pensar e agir. A loucura impõe aos profissionais a necessidade de disponibilização e reorganização psíquica, enquanto estratégia para redução do possível sofrimento causado diante da oferta de cuidado. Fabri e Loyola (2014) nos mostram que conviver com a loucura leva o indivíduo a elaborar movimentos de identificação e negação, mobilizando de forma intensa e permanente energia psíquica, seja para aproximação ou afastamento do chamado ‘louco’.

Psicólogos entrevistados afirmaram que os profissionais percebem como negativa a entrada no CAPS, ao se deparar com dificuldades estruturais e sentir o peso do despreparo acadêmico, que gera frustrações por não garantir que ele dê conta de demandas que emergem da realidade (CANTELE et al., 2012). Simões, Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013) entendem que profissionais que trabalham neste campo são afetados por duas dimensões: o despreparo técnico-profissional e o afetivo-emocional. A primeira seria solucionada por investimentos em cursos de aperfeiçoamento técnico e clínico, enquanto a segunda demandaria ações direcionadas ao cuidado do trabalhador, diante do reconhecimento de que sua prática profissional é inerentemente desgastante, mobilizadora de questões emocionais intensas.

No sentido específico das práticas clínicas, as dificuldades são representadas pela considerada *fragmentação da clínica*. Rodrigues, Carvalho e Ximenes (2011), explicitam o notório descompasso entre o que é preconizado por portarias e diretrizes, e a prática cotidiana dos serviços de Saúde Mental. Exemplo concreto nota-se no uso do projeto terapêutico singular (PTS), instrumento que considera a autonomia dos sujeitos e sua corresponsabilização no processo de cuidado, usado não raramente como ferramenta meramente burocrática e protocolar, destoando das necessidades do sujeito. Nas pesquisas analisadas identificamos alertas para a necessidade da reinvenção de práticas e discursos, e criação de estratégias para superação das fragmentações e descontinuidades do cuidado, das equipes e dos serviços.

As Práticas Profissionais na Atenção Psicossocial são complexas e desafiadoras. Entendemos que o trabalho em Saúde Mental merece ser entendido como *trabalho vivo em*

ato (MERHY, 2002), que incita transformações a partir da relação profissional-usuário nos serviços. No *trabalho vivo* há liberdade de criação nas relações, incentivando o sujeito a ser protagonista no processo da produção de saúde, o que entendemos que coaduna com o preconizado pela Atenção Psicossocial. Ênfase é dada a processos instituintes no encontro profissional-usuário, o que garante a escuta do usuário e seu protagonismo nas ações empenhadas no campo da Atenção à Saúde. Associamos, portanto, obstáculos na execução de Práticas Profissionais de perspectiva Psicossocial, às dificuldades de fazer, de fato, um *trabalho vivo* nos CAPS.

O trabalho em Saúde Mental deve ser pautado no acolhimento, no vínculo, na corresponsabilização e resolução das demandas, ou seja, o trabalho neste campo requer práticas além das gerenciais e administrativas, que estejam comprometidas com o cuidado singular e gerem reflexões sobre as atividades cotidianas, assim como aponta Nunes et al. (2014).

Os profissionais são responsáveis por seus atos, suas práticas. São sujeitos da ação, fabricando subjetivamente as relações e as situações e, portanto, precisam estar, segundo Merhy (2002), comprometidos ética, social e politicamente com a inventividade de novos modos de operar as práticas, gerando um cuidado em saúde alinhado ao modelo Psicossocial. Entendemos que é complexa a tarefa que cabe aos profissionais e, por conseguinte, a presença de ambiguidades é compreensiva. O desafio que parece estar diante é o de construir uma relação técnico-instituição-sujeito *para além* da reprodução de modelos, mas sim, pautada na construção de possibilidades e subjetividades. É neste cenário que o profissional se responsabiliza pelo sofrimento do outro a partir de um princípio ético de cuidado e cidadania (AMARANTE, 2009).

As publicações analisadas também direcionaram críticas à *formação acadêmica fragmentada* dos profissionais. Majoritariamente pautadas em um modelo positivista e conservador de atenção, as formações universitárias estariam distantes do contexto interdisciplinar sugerido pelo modelo Psicossocial, e das próprias demandas cotidianas dos serviços e usuários, como constatado por Albuquerque et al. (2008). A *formação ético-política* é temática secundária nas pesquisas estudadas. Defendemos que é fundamental pensarmos a respeito do processo formativo dos profissionais para além dos aspectos teóricos e técnicos. A postura ética e o compromisso dos gestores e trabalhadores são indispensáveis para a defesa e consolidação do modelo Psicossocial, seja no trabalho entre pares ou no cuidado ofertado aos usuários e familiares. Alguns caminhos possíveis para viabilização de tal postura estão ligados à *formação acadêmica* e *formação continuada* nos serviços de saúde.

Embora as publicações explicitem os encontros e desencontros da academia com os serviços de saúde, avaliando a formação como conservadora e fragmentada, é digno de nota que não há reivindicações, por exemplo, de formulação de um “novo” modelo de Atenção à Saúde Mental, o que reafirma a identificação com o Paradigma Psicossocial. Pontuamos ainda que os estudos não demandam da academia formulações sobre modos de sofrimento e existência dos sujeitos na atualidade.

Apesar de ter sua importância reconhecida, a *interdisciplinaridade* é vivenciada por muitos entrevistados como diluidora de especialidades e identidade profissional, podendo provocar sobreposição de papéis e tensionamentos entre as equipes. A *estratificação do conhecimento*, citada nas pesquisas, resultaria em uma formação inadequada, constatada nos serviços diante do *despreparo dos profissionais* para a atuação Psicossocial e trabalho em equipe. O *desinvestimento em formações integradas* estaria corroborando para o risco da tecnificação das práticas e a permanência do usuário no lugar de sujeição, o que reforçaria a lógica asilar de não autonomia e não protagonismo do sujeito. Resultado semelhante é apresentado por Cordeiro et al. (2012), que encontraram em 100% dos resultados das pesquisas estudadas, a necessidade de investir nos profissionais, através de capacitações, para prepará-los para atuar na assistência em Saúde Mental.

Outro obstáculo apontado pelas produções seria a priorização de assuntos técnicos-administrativos em detrimento de discussões de casos clínicos nas reuniões de equipe e ações no território. Tal fato, assim como o desinvestimento em formações, pode levar à tecnificação das práticas terapêuticas e distanciamento das ações interdisciplinares, provocando assim o retorno do cuidado na esfera individual, o que vai de encontro com os preceitos interdisciplinares da Atenção Psicossocial.

Frente aos obstáculos, as pesquisas apontam **possíveis saídas** na tentativa de superar as amarras da institucionalização Manicomial, em busca da consolidação do modelo Psicossocial. A aposta central é, em consonância com princípios do movimento da Reforma Psiquiátrica, *modificar a compreensão sobre a loucura*. Esta merece ser entendida como um fenômeno intenso e desafiador, porém merecedor de um novo *status*, uma nova forma de ser pensada, falada e vivenciada. Seria este um dos grandes papéis dos profissionais de saúde: contribuir para a mudança do entendimento da loucura ao transformar e reinventar práticas.

Concordamos com as reflexões de Rodrigues et al. (2011), de que para além do deslocamento da atenção em Saúde Mental para os serviços substitutivos no território, é necessário o desmonte completo da cultura asilar, que institucionaliza a loucura dentro ou fora do hospital psiquiátrico. Tal mudança tem lidado com a resistência de defensores do modelo

asilar, inclusive, mais recentemente, no próprio governo federal (BRASIL, 2017, 2019), o que torna esse desafio de difícil superação.

No que se refere ao âmbito das Práticas Profissionais, a *divisão de tarefas*, a *corresponsabilização do cuidado* entre os atores, *valorização das intervenções em grupo*, desenvolvimento de um *trabalho multiprofissional/interdisciplinar* e o *compartilhamento de experiências* entre os profissionais e entre instituições, são pontuados no sentido de facilitar a produção de novas estratégias para lidar com o sofrimento psíquico. Constatação semelhante foi feita por Anjos filho e Souza (2017) ao argumentarem que o trabalho em equipe, pautado na ação articulada e colaboração entre pares, é fundamental na reconstrução das práticas e fortalecimento da integralidade do cuidado. Verifica-se que, de fato, o modelo Psicossocial é a referência quando se pensa em resolução dos entraves cotidianos dos serviços, pois as práticas manicomiais que preconizam tratamentos uniprofissionais, pontuais, com foco na doença, não respondem à complexidade das demandas em Saúde Mental.

No que se refere ao trabalho diretamente com a população, os escritos sugerem que *práticas* baseadas em uma *clínica plural e interdisciplinar*, com *novas estratégias de cuidado*, que proponham uma *relação dialógica* entre saberes e práticas, facilitariam as ações de produção de Saúde Mental na perspectiva Psicossocial. *Formação continuada*, *capacitações para as equipes*, *supervisão clínico-institucional*, *avaliação contínua dos serviços* e um *funcionamento pautado na ética*, são destacados enquanto estratégias que favorecem a ação ampliada, necessária à prática Psicossocial. Entendemos que considerar as Práticas Profissionais em CAPS à luz do que orienta Merhy (2002), é estratégico na direção de buscar saídas para consolidação do modelo Psicossocial.

É explícita a necessidade de apoio e decisão política das instâncias de gestão para que as possíveis saídas sejam efetivadas como ações concretas. Heck et al. (2008) destacam a ação política da gestão para a consolidação da Atenção Psicossocial, através do compromisso com a qualificação profissional, implantação e manutenção dos serviços e outras ações que viabilizem a relação serviço-população e priorizem as necessidades dos usuários e profissionais.

Avaliamos como importante contribuição das publicações, a autocrítica que elas fazem sobre a consolidação do modelo Psicossocial, ao apontarem saídas para superação de dificuldades. Diante da conjuntura atual do país, ameaçado por propostas que indicam retrocessos nas Políticas de Saúde, em especial as de Saúde Mental, a pesquisa sobre Práticas Profissionais soma-se à luta antimanicomial, podendo sugerir modos de resistência e de

consolidação de uma Atenção com perspectiva interprofissional, territorial, de respeito às singularidades e à autonomia dos sujeitos.

4 METODOLOGIA

O objetivo desta pesquisa foi o de analisar Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental, buscando identificá-las e compreender os sentidos construídos pelos profissionais acerca de tais práticas. A perspectiva central da pesquisa foi a de que as Práticas Profissionais, aqui tidas enquanto sinônimo de Trabalho em Saúde, são construções sociais criadas a partir de processos relacionais, situadas em um campo controverso, no qual os profissionais são legitimados enquanto potenciais sujeitos de transformação da realidade.

Diante da complexidade do fenômeno estudado, em consonância com o Construcionismo, a Análise do Discurso (AD) se mostra uma ferramenta de análise potente, que permite adentrar nas relações e disputas inerentes ao campo da Saúde Mental, podendo revelar estruturas dominantes presentes nas instituições de saúde e filiações discursivas dos atores envolvidos (AZAMBUJA; NOGUEIRA, 2009).

O discurso aqui é entendido como forma de ação, prática social, sendo este interativo, contextualizado, plural, não neutro e não generalizável (GILL, 2015; CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2015). O uso da AD corrobora com nosso intuito de realizar uma pesquisa sensível à uma política que envolve reivindicações emancipatórias e que busca afetar práticas e relações sociais.

Para tal, optamos por tomar como base o roteiro de análise sugerido por Souza (2014) – análise e escrita da análise –, além das produções sobre organização do material e interpretação, na Análise do Discurso, de autores como Orlandi (2015), Bauer e Gaskell (2015).

4.1 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada com profissionais que compõem equipes multiprofissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) direcionados ao atendimento de casos nomeados de ‘transtorno’, localizados na Região Metropolitana de Recife/PE, serviços estes com foco interventivo em sujeitos adultos em sofrimento psíquico, com transtornos mentais graves e persistentes.

O CAPS foi escolhido enquanto campo de pesquisa, dentre outros serviços substitutivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por seu reconhecido papel de ordenador da Saúde Mental dos municípios, e por ser a referência central do modelo

Psicossocial. Tal instituição foi oportuna para que pudesse ser realizada análise das Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental.

4.2 AS PARTICIPANTES

Foram sujeitos enunciadore da pesquisa oito profissionais integrantes das Equipes Multiprofissionais das instituições, com pelo menos três meses de atuação no serviço. Todas as entrevistadas são mulheres. Com base na Perspectiva Construcionista e nos preceitos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, sensíveis à necessidade de produção científica com tal público, optamos por entrevistar profissionais dos diversos níveis que constituem o quadro de recursos humanos dos CAPS: apoio, técnico-médio, técnico-superior, gerência. Em cada Unidade foi entrevistada uma profissional de cada nível, a partir de indicação da gerência do serviço, tendo sido, portanto, quatro profissionais entrevistadas em cada serviço.

Deste modo, foram entrevistadas: uma auxiliar de higiene (nível apoio), uma recepcionista (apoio), duas técnicas em saúde mental – cuidadoras de residência terapêutica transferidas para o CAPS (nível médio), duas terapeutas ocupacionais (nível superior) e duas gerentes clínicas com formação em terapia ocupacional (gerência). Esclarecemos que foi coincidência termos quatro profissionais com formação em terapia ocupacional e duas cuidadoras de residência terapêutica, pois estas são de instituições distintas e escolhidas pelas gerentes de modo aleatório, como disponibilidade da profissional no dia e horário da entrevista.

4.3 AS ENTREVISTAS

Foram realizadas oito entrevistas com duração média de 40 minutos cada, todas individuais, realizadas no local de trabalho das profissionais, em horário combinado previamente com a gerência do serviço. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

O contato com as entrevistadas se deu no dia da entrevista, em sala escolhida por elas ou pela gerência da instituição, a depender da situação. Os encontros para a realização das entrevistas, de modo geral, aconteceram de modo amistoso, porém com discreta resistência inicial de algumas participantes, atribuída, após análise da situação, a uma insatisfação momentânea por ter que dispor de certo tempo para a entrevista, o que poderia comprometer a

realização de suas atividades e atribuições no CAPS. Ao longo das entrevistas, tais resistências se desfizeram.

Resistência inicial maior foi percebida em apenas uma entrevistada, de nível de apoio, com motivo verbalizado pela mesma, por acreditar que não saberia responder às perguntas de forma correta, além de se sentir intimidada diante do gravador de áudio. Após conversa para explicitação dos objetivos da entrevista e do sigilo da mesma, bem como esclarecimentos sobre a importância de sua fala, sua experiência, sem julgamentos, a entrevistada mostrou-se disponível e mais confiante, desenvolvendo o vínculo mais significativo com a entrevistadora, dentre todas as entrevistadas da pesquisa.

O diálogo inicial entre entrevistadora e entrevistadas foi fundamental para o bom andamento das entrevistas. Nele, foi feita apresentação dos sujeitos envolvidos, objetivos da pesquisa, questões éticas como sigilo e cuidado com o material gravado, bem como estabelecimento de vínculos. A postura da entrevistadora, implicada e distante da neutralidade, foi a de que as entrevistadas teriam algo importante para expressar, e que elas, em sua relação consigo, com o serviço, com usuários/familiares, com a rede e com as outras profissionais, eram construtoras e enunciadoras fundamentais dos sentidos atribuídos ao objeto de pesquisa: Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental.

As entrevistas realizadas foram do tipo semiestruturadas, com roteiro (APÊNDICE A) abordando questões como: o CAPS, a população atendida no CAPS, o trabalho no CAPS e a relação da profissional com sua função na instituição. As entrevistas semiestruturadas, segundo Tavares (2007), ajudam a estabelecer um método que garanta a mínima padronização das informações obtidas, aumentando a confiabilidade das informações e facilitando a posterior análise do material. Cada entrevista foi realizada após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) por parte da participante.

Entendemos que na execução de uma pesquisa, por mais apropriada que a entrevistadora esteja em relação ao Campo e ao Objeto, algumas etapas podem não corresponder ao indicado pela literatura. Talvez por inexperiência da entrevistadora em realizar pesquisas qualitativas com uso de entrevistas semiestruturadas, e/ou por demanda do próprio Campo, que exigia, sutilmente, certa rapidez e objetividade na realização das entrevistas, para que as profissionais pudessem retomar as atividades, devido à grande demanda dos serviços e baixo número de profissionais, as entrevistas não fluíram de modo livre em relação ao roteiro previamente construído. Reconhecemos que algumas questões poderiam ter sido melhor exploradas, porém tal fato não prejudicou a pesquisa, pois

entendemos que, dentro dos diálogos possíveis, os discursos enunciados representaram a construção coletiva da realidade estudada, constituindo assim um rico material de análise.

Além das entrevistas, outra ferramenta utilizada na pesquisa, que complementou os discursos enunciados no diálogo entre entrevistadas e entrevistadora, foram observações registradas em Diário de Campo, entendido enquanto estratégia de reunião de aspectos fundamentais da rotina das instituições e postura de profissionais/usuários, a serem trabalhados e discutidos em posterior análise.

Esclarecemos que não estabelecemos hipótese prévia para a pesquisa, por se tratar de pesquisa qualitativa, com base no Construcionismo e na Análise do Discurso, entendendo que o discurso das entrevistadas seria importante para a compreensão de várias questões, ainda desconhecidas pela entrevistadora neste momento.

4.4 TRATAMENTO DOS DADOS

A fase de tratamento dos dados foi realizada com base nas orientações de Souza (2014). Inicialmente foi feita cuidadosa transcrição literal do diálogo produzido nas entrevistas. Destacamos que as oito entrevistas passaram pelo mesmo processo de tratamento de dados, sendo diferenciadas apenas para organização do tratamento de dados por parte da pesquisadora.

Neste sentido, todas as entrevistas, individualmente, após transcritas em programa *Word* da Microsoft, foram nomeadas com um número, indicativo da instituição 1 ou 2, e com uma letra, indicando o nível daquela profissional na instituição (apoio – A; técnico-médio – B; técnico-superior – C; gerência - D). Como exemplificação de tal organização, as entrevistas foram nomeadas como: E 1A – entrevista referente à primeira instituição visitada, realizada com uma profissional do nível apoio. Outro exemplo seria a entrevista nomeada como E 2D – entrevista realizada na segunda instituição visitada, com uma profissional da gerência.

Após a transcrição, nomeação e organização do material, foi realizada *leitura flutuante* das entrevistas, seguida do manuseio teórico dos dados e definição de questões de trabalho. Neste processo, emergiram semelhanças entre os assuntos abordados, o que possibilitou a identificação de dois blocos distintos, um que parecia referir aspectos mais gerais do tema (1) e outro que era sugestivo de questões sobre o cotidiano das profissionais (2).

Em cada um desses blocos, identificamos eixos temáticos específicos, que foram organizadas da seguinte forma:

- 1.a CAPS (C) – Equipamento; Serviço; Política
- 1.b Loucura (L) – Usuário; População atendida; o que se pensa sobre o louco
- 1.c Equipe (E) – Rotina; Funcionamento do CAPS
- 2.a Usuário (U) – Relação usuário/familiares com os profissionais
- 2.b Relação Equipe (Q) – Relação entre os profissionais da equipe
- 2.c Profissional (P) – Relação do profissional consigo; questões pessoais
- 2.d Rede (R) – Relação dos profissionais do CAPS com a Rede de Atenção.

Cada entrevista passou por um processo de classificação, segundo o qual cada fragmento de texto foi identificado, no início do trecho, pela letra do eixo correspondente e no final do trecho, pelos dados da participante. O material oriundo dessa primeira etapa foi reunido em um único documento, resultando em um texto com aproximadamente 53 páginas. Em seguida, o material foi classificado, de modo que todos fragmentos de texto correspondentes ao mesmo eixo (independente da sua origem; de qual entrevista vinham) ficavam próximos. Por exemplo, ao colocar em ordem alfabética todo o material, todos fragmentos de “C” apareciam no começo do arquivo. Eram seguidos pelos fragmentos de “E”, e assim sucessivamente. Depois desse reordenamento do material, separamos ele em sete arquivos distintos, agora por eixo temático. Posteriormente realizamos uma síntese de cada categoria, e reorganizamos o material para a construção dos resultados da pesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Posteriormente ao tratamento de dados, seguimos para a garimpagem dos indícios e processos discursivos operados pelas Profissionais, buscando compreender o sentido construído por elas acerca das Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental. A partir do material produzido nesta etapa, foi elaborada síntese de cada categoria construída no tratamento de dados. Sessões de análise do material reunido orientaram a organização dos Resultados em três grandes temas. Tal ordenamento possibilitou a redação dos Resultados, que, conseqüentemente, subsidiou as interpretações do material, apresentadas no capítulo de Discussão.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Destacamos que todos os procedimentos éticos exigidos para realização de pesquisas científicas que envolvem seres humanos foram cumpridos. Buscamos embasamento nas Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b) para realização desta pesquisa, que só foi iniciada após liberação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, com parecer favorável CAAE nº 05435319.1.0000.5208.

Todos os Profissionais que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), após serem lidas todas as informações sobre a pesquisa e a não obrigatoriedade de participação.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, e ficarão guardadas por um período de cinco anos em computador pessoal, sob responsabilidade da pesquisadora principal. As instituições e profissionais participantes terão garantia de sigilo e anonimato.

5 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram construídos com base no discurso das profissionais entrevistadas, sistematizados a partir de três eixos: *Conformidade com a Atenção Psicossocial*, *Exercício Profissional – aspectos facilitadores e dificultadores* –, e *Estratégias de Mediação*.

5.1 CONFORMIDADE COM A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A Reforma Psiquiátrica e a Perspectiva Psicossocial, esta entendida como cuidado no território, em equipamentos abertos e em comunidade, são apoiadas e defendidas pela sociedade em geral e pelas entrevistadas, as quais discordam dos desmontes e do desinvestimento nas Políticas Públicas de Saúde Mental. Entendida conceitualmente pelas entrevistadas como integral e ampliada, a Saúde Mental envolve o sentir-se bem, a apropriação do espaço vital da saúde geral e a ocupação da cidade, não sendo restrita ao cuidado biomédico ou à mera ausência de doenças.

Os serviços territoriais são considerados eficazes pelas entrevistadas, quando comparados às instituições com internações psiquiátricas de longo prazo, pois estas deixariam sequelas mais graves nos usuários e quebrariam vínculos. O trabalho das equipes dos CAPS no território facilita a apropriação da cidade por parte dos usuários – sujeitos sociais –, especialmente os que estão em processo de alta, e ajuda a promover mudanças, ainda que lentas, na cultura do preconceito acerca da loucura, junto aos investimentos públicos na Rede de serviços.

O CAPS é entendido pelas profissionais como um importante serviço substitutivo, de portas abertas, alternativo aos internamentos psiquiátricos, que oferece cuidado humanizado às pessoas anteriormente tratadas como “bichos/animais” (E 1A, 1)², nas instituições asilares. Oriundo do Movimento de Reforma Psiquiátrica, o CAPS é apontado como regulador de demandas de Saúde Mental no território, sendo considerado o “cérebro” (E 2B, 1) da Saúde Mental. Apesar do acolhimento à crise ser o principal objetivo do serviço, atualmente tem sido referência para as mais diversas demandas de Saúde Mental no território.

² Usamos entre aspas, palavras, termos, frases de participantes para ilustrar o texto que compõe os Resultados da pesquisa. Ao final de cada fragmento é inserida, entre parênteses, a identificação da entrevista, seguida pelo número da página originária do fragmento (por exemplo: E 1C, 5, que se lê: Entrevista 1C, página 5).

O CAPS oferta cuidado singularizado e de qualidade no território, com respeito, acolhimento e construção/manutenção de vínculos. Pauta-se, portanto, por atuação profissional ampliada, escuta diferenciada, acolhimento às necessidades individualizadas de cada usuário/familiar. O equipamento também aparece como ponto de apoio e alívio para os familiares dos usuários, diante de sobrecarga financeira e emocional comum no convívio com pessoas com transtornos mentais. Além disto, ante a pobreza extrema, o CAPS é um local onde se pode passar o dia e se alimentar. Neste contexto, as profissionais destacam a importância de haver serviços que acolham a população gratuitamente, devido às condições socioeconômicas de grande parte da população atendida, e dialogam sobre a necessidade de investimento nas Políticas Públicas de Saúde Mental.

Pensar em Práticas Profissionais na Saúde Mental remete, segundo as entrevistadas, a um trabalho em equipe interdisciplinar, com olhar ampliado. A formação da equipe do CAPS é multidisciplinar, formada por psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, médicos, gerentes, recepcionistas, auxiliares de higiene pessoal, vigilantes, dentre outros. Todas as profissionais são consideradas técnicas de saúde mental, integrantes da equipe de cuidado, e todas são igualmente importantes e têm seu valor dentro do CAPS.

Porém, alguns membros da equipe não participam da reunião clínica, seja porque não desejam participar, a exemplo da profissional médica de um dos serviços, ou, no caso dos profissionais de apoio, porque seriam discussões específicas que caberiam a profissionais de nível superior e/ou de nível técnico, segundo as entrevistadas. Uma profissional afirma: “Na última reunião eu até falei, na supervisão, que a gente precisa tá se comunicando melhor com eles [profissionais de apoio], porque a gente tira direcionamentos na reunião, que eles não estão; então se eu não estou participando da decisão, como é que eu vou colocar em prática uma decisão que eu não compartilhei?” (E 2C, 3). Não se sabe se tal situação trata-se de uma determinação ou uma questão cultural, mas as profissionais destacam a importância de rever esta questão.

As entrevistadas apontam ainda que, para se trabalhar com Saúde Mental, é preciso ter diversas características, como paciência, respeito aos usuários, capacidade de acolher e escutar, olhar humanizado e individualizado, saber interagir em equipe, ser proativo, ser capacitado, se identificar com o campo, ter uma postura ética e compromisso com a equipe e com os usuários. Nos serviços de Saúde Mental, é preciso ter disponibilidade de “se mover, se articular, de sair para o território, de inventar a forma de intervir e se reinventar” (E 2D, 3).

O vínculo na relação profissional-usuário é destacado como fundamental, sendo necessário que todas as profissionais compreendam sua importância na oferta de cuidado aos

usuários. Neste sentido, a equipe busca sensibilizar profissionais do nível de apoio para o estabelecimento de vínculos com os usuários do serviço e um “olhar mais humanizado” (E 2B, 4), como vigilantes e auxiliares de serviços gerais. As profissionais do nível de apoio, segundo as entrevistadas, são aquelas que dão suporte à equipe, e os de nível médio fazem mais o ‘corpo a corpo’, conversando, formando vínculos e “protegendo os usuários em crise de acidentes ou agressões” (E 2B, 4).

As pessoas procuram o CAPS, segundo as entrevistadas, em busca de cuidado, assistência, acolhimento, suporte, diante de tanto sofrimento. Procurar o CAPS, segundo as profissionais, é um sinal de sanidade. O público é bem diferenciado, com pessoas de diversas idades, variados níveis socioeconômicos e diagnósticos. O perfil dos usuários varia entre pessoas com demandas de automutilação, tentativa de suicídio, depressão, problemas com o uso abusivo de drogas, transtornos mentais, psicose, muitos casos graves, dentre outros. Muitos adolescentes têm chegado aos serviços, geralmente levados pelos familiares. As demandas que envolvem casos de ansiedade e depressão são percebidas pelas profissionais como comuns na sociedade atual, não sendo associadas a um transtorno mental propriamente dito.

O itinerário de atendimento parece ser similar entre os equipamentos. Ao chegarem ao serviço, as pessoas passam por triagem e classificação de risco, e as que estão em crise são avaliadas pelo médico e por técnico de nível superior para analisar a condição da pessoa de ser tratada no CAPS. É construído para cada usuário um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que orientará o tratamento do usuário no CAPS. Cada usuário do serviço tem um Técnico de Referência (TR), profissional que o acompanha, marca consultas, realiza atendimento individual e “responde pelo usuário” (E 1B, 5).

Os tipos de acompanhamento dos usuários no CAPS são diversos. Existe a modalidade agendado, que se caracteriza por usuários perto da alta ou os crônicos, que não sustentam o cuidado no território, que a equipe do CAPS não pode “soltar a mão” (E 2D, 2). Os usuários desta modalidade permanecem com acompanhamento individual pelo técnico de referência e com atendimento médico/medicação. Outras modalidades são representadas pelos usuários que fazem acompanhamento diário ou semanal no equipamento. É importante destacar que os usuários em acompanhamento no serviço não são afastados da família, do cotidiano em casa, e do território, o que é percebido como positivo pelas profissionais.

As profissionais entendem que a maioria das atividades desenvolvidas no CAPS são voltadas para a Saúde Mental – acolhimento, atendimentos individuais e em grupo, atendimento à familiares, consulta médica, visita domiciliar, dentre outras –, sendo os grupos

a atividade prioritária do serviço. “Os grupos, atendimentos individuais, atendimento à família, é... as orientações, tanto nos acolhimentos que a gente já orienta, já faz alguma abordagem, uns encaminhamentos, tudo é pensando na questão da saúde mental” (E 2C, 6).

Contudo, diante da atual crise socioeconômica, diversas demandas que chegam ao CAPS, de forma espontânea ou por ordem do Ministério Público; são demandas sociais, em busca de alimentação, assistência à saúde geral e medicação – considerada ferramenta essencial diante de uma crise –, as quais não são percebidas pelas entrevistadas como demandas de Saúde Mental ou demandas próprias do CAPS. Uma das entrevistadas, a este respeito, aponta: “existem algumas coisas que são demandas muito mais sociais do que de saúde mental. Mas aí, não tem uma coisa que a gente institucionaliza para ser feito e que!?... as vezes acontece” (E 1C, 10).

5.2 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – ASPECTOS FACILITADORES

A Prática Profissional em Saúde Mental é considerada uma atividade importante, apaixonante, instigante e gratificante, que lança desafios a todo momento e ensina o profissional a ser mais humano, chegando a ter efeitos terapêuticos para as entrevistadas, como retratado na fala desta trabalhadora: “as vezes você tá passando por um problema, tá angustiado, as vezes você não tá bem. Aí você vem trabalhar... E aí chegou uma acompanhante de uma pessoa que tava em crise. E eu fui dar a medicação e ela começou a chorar. Aí eu: o que foi? Aí ela começou a falar... uma história de terror. Aí você olha assim... aí seu problema fica desse tamanho [gesto de pequeno, com os dedos], você fica até com vergonha de ter chorado tanto por uma coisa tão... Eu acho que isso é uma terapia [risos]” (E 1B, 8).

A Prática Profissional seria ainda uma atividade que gera orgulho, pois as profissionais estão fazendo a diferença na vida dos usuários do serviço, a partir da formação de vínculos importantes. Elas entendem que, no exercício do cuidado, é preciso estar atento a tudo que transversaliza a vida do outro.

As trabalhadoras afirmam que construíram uma trajetória na Saúde Mental e são reconhecidas pelos familiares, rede e população, como profissionais do campo. Ao adentrarem nesta área, se apaixonam pelo trabalho e se colocaram à disposição de enfrentar as dificuldades que se apresentam, desenvolvendo identificação com a Saúde Mental e com o trabalho no território, este apontado como gratificante. As profissionais relatam a satisfação que sentem quando a “tão sonhada reinserção social” (E 2C, 6) é colocada em prática, quando

veem um usuário que chegou completamente desorganizado e está bem, trabalhando, de volta à sociedade.

O trabalho em equipe é tido como rico, pois cada profissional tem um saber específico que pode ser trocado com os outros membros da equipe. Além da experiência, a formação é, por vezes, considerada ferramenta potente para a oferta de um cuidado qualificado, possibilitando ao profissional que se diferencie dos outros membros da equipe. As entrevistadas classificam a relação entre os membros da equipe como boa, destacando que é preciso ajustar alguns pontos específicos, como a comunicação entre as profissionais, sensibilização de funcionários para um olhar mais humanizado, maior integração da equipe, e articulação entre profissionais de nível superior e de apoio – relativa à troca de informações sobre os usuários.

O médico, especialmente psiquiatra, é destacado como profissional indispensável para o funcionamento do CAPS por algumas entrevistadas: “Eu acho que é o médico [o profissional indispensável]. Porque todos os pacientes vão precisar de medicação. Acho que só o médico não dá conta não. Mas se fosse dizer o que não pode deixar de ter, eu acho que é o psiquiatra” (E 2C, 4). Em contrapartida, outras trabalhadoras entendem que todos os membros da equipe fazem parte do cuidado e afirmam que todos são igualmente importantes. Alguns profissionais poderiam ser acrescentados ao CAPS, como professores de educação física, farmacêutico, oficinairos – especialmente para investir na geração de renda para os usuários –, e profissionais que desenvolvam trabalhos relacionados às práticas integrativas.

A equipe faz o possível para atender todas as pessoas que buscam ajuda no CAPS, pois entendem que, apesar de nem todos estarem em crise, há um sofrimento presente. Neste sentido, entendendo que são pessoas que estão em sofrimento e precisam de ajuda, as equipes têm postura de acolhimento, respeitando e investindo nos usuários, dialogando muito com eles e não diferenciando o tratamento de pessoas com e sem transtorno, afirmam as entrevistadas. Além disto, as profissionais continuam se esforçando para dar conta das demandas e das atividades, realizando grupos, atendimentos individuais, acompanhando familiares, etc. Elas afirmam que, mesmo diante das dificuldades, há uma diferença no cuidado em Saúde Mental no território, e a articulação entre os serviços da assistência, da justiça e da saúde tem funcionado. Inclusive o entendimento do que é o CAPS por parte dos usuários, da comunidade e dos serviços da rede tem melhorado.

O vínculo é destacado como ferramenta fundamental na relação profissional-usuário. Percebido como fator essencial para a melhora dos usuários, é característica diferencial de um serviço de cuidado longitudinal e territorial. As situações de agressões/violência no serviço

são raras, e isto é atribuído ao poder do vínculo e ao modo da equipe tratar os usuários: “Já presenciei agressões, já apartei agressões, mas são situações que acontecem, situações raras. E o que a gente vê de diferente disso? É o vínculo! Então a forma como as pessoas são tratadas, elas respondem a isso” (E 2D, 2).

As entrevistadas percebem que os usuários têm dificuldade de se desvincular do CAPS e de continuar o tratamento na atenção básica após alta do serviço, devido ao acolhimento e tratamento ofertados, já que no CAPS eles são tratados como pessoas, ‘Maria’, ‘José’, e o cuidado é diferenciado. Muitos usuários mantêm o vínculo após ter alta do serviço, e os que estão em tratamento, quando estão em crise, desorganizados, sabem chegar ao CAPS e procurar a equipe, pedindo ajuda, o que parece significar que eles sabem que o CAPS é um lugar de cuidado, segundo as profissionais.

5.3 EXERCÍCIO PROFISSIONAL – ASPECTOS DIFICULTADORES

As entrevistadas entendem que a implantação da Reforma Psiquiátrica em Recife foi “bastante frouxa” e “incompleta” (E 1D, 3), visto que foi idealizada uma rede substitutiva às instituições asilares, mas o fechamento dos hospitais psiquiátricos não se deu de modo satisfatório, além de não ter havido preparo dos serviços substitutivos para acolher adequadamente as demandas da população. Deveria existir, segundo elas, diversos CAPS 24h na Rede para acolher os usuários em crise no território, porém “o discurso foi um, e a realidade outra” (E 1D, 3).

Há 20 anos, a Saúde Mental foi muito investida – ampliando serviços e qualificando equipes – e houve diversas experiências exitosas, de acordo com as profissionais. Porém, com o desinvestimento político dos últimos anos, agravado pela atual Política Nacional de Saúde Mental, os serviços foram minados, sucateados, e os profissionais desinvestidos – apesar de no último ano ter sido notado investimento em capacitações. A população tem pedido respostas há décadas, e “se não houve respostas foi devido à falta de interesse político para modificar o cenário da Saúde Mental” (E 1D, 7), afirmam as entrevistadas.

Diante de análise crítica e histórica, os ataques às Políticas de Saúde Mental do atual governo são percebidos como preocupantes pelas entrevistadas. A conjuntura política e a realidade atual dos serviços são vistas como reforçadoras do adoecimento das profissionais. Uma crítica é lançada às reuniões de Colegiado de Saúde Mental – fóruns que funcionam como mecanismos colegiados de gestão da Política de Saúde Mental do SUS, no qual discute-se e planejam-se ações voltadas para a área, além de pensar em estratégias e soluções para os

entraves encontrados –, pois são espaços políticos no qual as conquistas passadas têm lugar privilegiado, mas críticas e problemas atuais não parecem ser bem acolhidos, abrindo espaço para que novas políticas se apresentem. É preciso, segundo as profissionais, “olhar as conquistas, mas também identificar os problemas, os nós críticos, e agir a partir deles” (E 1D, 7).

O exercício pleno das Práticas Profissionais alinhadas à perspectiva Psicossocial esbarra em vários fatores estruturais e culturais. Sobre o preconceito e estigma acerca da loucura, as profissionais afirmam que os CAPS são frequentemente associados aos hospitais psiquiátricos pela população. Se está sendo acompanhada pelo CAPS e toma medicação controlada, a pessoa é taxada como louca. Muitos familiares evitam participar das atividades do CAPS e dar apoio ao seu parente-usuário, entendendo que se este “está indo para o CAPS, é doido” (E 1C, 4). Além disto, o sofrimento psíquico é, por diversas vezes, associado à agressividade e periculosidade, o que reforça o preconceito. Esta ideia estaria relacionada, segundo as entrevistadas, ao modelo asilar, no qual as pessoas eram tratadas de forma punitiva e respondiam com agressividade, como “animais” (E 1A, 1).

De acordo com as profissionais, o estigma e descrédito partem de diversos públicos, como a população geral, os familiares, os próprios usuários e os profissionais dos serviços. Tal situação pode ser observada na fala de uma entrevistada, que explicita sua opinião sobre os usuários internos nas instituições asilares, ao afirmar que a população “liga muito o CAPS ao Ulisses Pernambucano, onde só tem doido de pedra” (E 2A, 4). Ademais, as entrevistadas afirmam que alguns profissionais do serviço não têm respeito, paciência e empatia com determinados usuários, tratando-os como crianças, que precisam ter suas mentes ocupadas e necessitam que as pessoas lhes ensinem as coisas de modo fácil, para que possam entender.

O estigma também pode ser percebido diante da dificuldade de reinserção social das pessoas com transtorno mental. Os usuários têm muita dificuldade em se inserir no mercado de trabalho, especialmente o formal, porém, estes costumam apresentar uma recuperação mais rápida e encontrar maior facilidade de retornar ao mercado caso tivessem vínculos formais de trabalho antes de apresentar o transtorno e buscar o serviço. Uma das entrevistadas afirma: “Poucos conseguem se reinserir no mercado de trabalho, formal, mais ainda, mais difícil ainda. Que eu me recorde agora, a gente tem um que conseguiu, tá de carteira assinada, tudo. Ou às vezes eles já vem, já tem um trabalho de carteira assinada, mas adoeceu, entrou no CAPS, ficou um tempo de atestado, e aí é mais fácil voltar. Tem uma recuperação mais rápida, é mais fácil voltar” (E 2C, 4).

Os profissionais são percebidos pela população em geral como pessoas calmas e pacientes, ou presume-se que sejam loucos por quererem trabalhar com este público, e que sintam medo e já tenham sido agredidos pelos usuários. Os familiares das trabalhadoras, em linhas gerais, demonstram receio de que seu parente trabalhe no campo da Saúde Mental. As próprias entrevistadas afirmam que não tinham a intenção de trabalhar na área, pois suas percepções eram permeadas por estigmas e preconceitos.

Apesar desta percepção ter se modificado aos poucos, o campo da Saúde Mental ainda é visto com ressalvas. Parte disto, segundo as entrevistadas, se daria ao fato de que a mídia e outros meios de comunicação não divulgam informações sobre o CAPS, sendo papel do profissional explicar, divulgar e mostrar a importância do serviço para a população. Por não compreender certos comportamentos dos usuários, a população cobra ações mais efetivas do serviço. Todavia, segundo as profissionais, o preconceito se apresenta aparentemente com menos intensidade nas comunidades próximas ao CAPS, pois as pessoas têm se apropriado do serviço e convivido com usuários no território.

As profissionais, em sua maioria, constroem uma carreira na Saúde Mental e passam anos e anos lidando com o sofrimento psíquico e com as dificuldades próprias do campo, o que gera bastante sofrimento, levando as profissionais, por vezes, a um esgotamento físico e mental. O trabalho em Saúde Mental é associado pelas trabalhadoras à uma “carga muito pesada”, as práticas são tidas como “desgastantes”, “angustiantes”, “adoecedoras” (E 1C, 8), e as profissionais são associadas por elas mesmas a pessoas “sofredoras” (E 1C, 11). O desgaste parece ser acentuado devido aos diferentes níveis de comprometimento dos membros da equipe, fato que sobrecarrega as profissionais mais comprometidas. As tentativas referentes ao cuidado profissional – de si e do outro – são frustradas e pouco presentes na rotina das trabalhadoras.

O número de profissionais nas equipes é reduzido, comparado à crescente demanda de usuários e atividades do CAPS – atendimentos individuais e em grupo, matriciamento, demandas judiciais –, o que sobrecarrega e angústia as profissionais, além de forçar o CAPS a desviar de sua missão: acolhimento à crise. Muitas trabalhadoras estão pedindo exoneração/demissão ou se aposentando, devido às condições de trabalho, e a gestão não proporciona a devida reposição de pessoal. Neste sentido, as profissionais julgam negativo o fato de não haver seleções baseadas no perfil, formação ou identificação do trabalhador com o campo da Saúde Mental, seja por vias de contratação ou concurso público.

Algumas categorias profissionais estão há anos sem um representante, como afirma uma entrevistada quando diz que o CAPS está “fazendo aniversário” sem um técnico de

enfermagem (E 1A, 1). As entrevistadas afirmam que os professores de educação física são os profissionais que fazem mais falta para os usuários, pois antes havia atividades como alongamento, dança, hidroginástica, e com a saída destes profissionais essas atividades foram deixando de acontecer. Ademais, estas atividades ocupavam a mente dos usuários, o que é narrado enquanto positivo.

Com poucas oportunidades de capacitação profissional – entendida como ferramenta fundamental para se trabalhar na área de Saúde Mental –, as trabalhadoras aprendem no dia a dia, na troca com os colegas, em reuniões e na prática cotidiana dos serviços. Quando oferecidas, as capacitações focam nos técnicos da clínica, o que contraria a opinião das profissionais, que entendem que as capacitações devem ser ofertadas a todos da equipe, “desde o vigilante até o médico” (E 1D, 5). As reciclagens, segundo as entrevistadas, deveriam ocorrer também com as equipes dos hospitais psiquiátricos ainda existentes, para que estas tenham uma visão diferenciada dos usuários, assim como acontece nos CAPS.

Há um tensionamento que envolve os limites, ou ausência deles, entre o saber específico – formação – e o saber que circula – conhecimentos mais gerais que perpassam todo e qualquer *Técnico em Saúde Mental*, nomenclatura atribuída aos profissionais que exercem função no CAPS. Ao mesmo tempo em que o conhecimento específico de determinada área do saber – especialmente de nível superior – é destacado por algumas profissionais, outras entendem que todos são profissionais de Saúde Mental, com olhar e atuação ampliados, não necessitando exercer a especificidade de sua formação na prática profissional.

A falta de recursos humanos nos serviços e alta demanda de usuários afeta diretamente as Práticas Profissionais e o cuidado singularizado. A indicação terapêutica para grupos e a elaboração do Projeto Terapêutico singular são exemplos disto. Quando se admite um usuário no CAPS, é elaborado um Projeto Terapêutico Singular e decide-se se o usuário tem perfil para participar de determinado grupo. Conseguir um Técnico de Referência para cada usuário do serviço tem sido um desafio, e, na prática, está se tornando TR quem o admitiu ou o profissional responsável pelo grupo no qual o usuário está inserido, critérios estes que diferem dos recomendados pelas portarias. Cada profissional do CAPS está atualmente como Técnico de Referência de cerca de 50 usuários, todos com grande demanda de fala, o que torna impossível o trabalho singularizado e de qualidade. Além disso, atualmente, os usuários estão participando de grupos que, por vezes, não teriam indicação, pois são muitos usuários para poucos grupos e poucos profissionais.

Ademais, as profissionais estão tendo dificuldades em realizar atendimentos individuais e registrar os atendimentos individuais e em grupo, o que, segundo as entrevistadas, prejudica o vínculo com o usuário e o cuidado individualizado – que deve ser baseado nas necessidades dos usuários. Atividades clínicas, como acolhimento, muitas vezes precisam ser realizadas por parte da gestão direta do serviço, diante do baixo número de técnicos no equipamento. O que parece ser um desvio de função também atinge profissionais de nível de apoio, que ‘ajudam’ a realizar tarefas de atribuição de outras profissionais, o que gera sobrecarga.

Outras dificuldades são apontadas pelas entrevistadas. As equipes dos CAPS não têm carro disponível para realizar visitas no território e resolver demandas administrativas: “com a redução das equipes, e aumento da demanda, restrição dos recursos terapêuticos, é mais difícil a gente estar dentro do território mudando essa cultura” (E 1D, 4). Ademais, a estrutura física dos serviços muitas vezes não é adequada às necessidades das equipes e dos usuários. O ideal, de acordo com as profissionais, seria ter espaços amplos dentro do CAPS, para que os usuários pudessem circular e fazer atividades livres, porém terapêuticas, como jogar dominó, cartas, assistir televisão. Todavia, com a falta de estrutura, estas ações foram se enfraquecendo nos serviços ao longo do tempo.

Com a fragilização dos equipamentos da Rede, os CAPS estão recebendo diversas demandas da atenção básica e ambulatorial geral, além de casos de cunho social e econômico. Isto se dá, segundo as profissionais, porque os ambulatorios têm difícil acesso e as equipes da atenção básica se sentem inseguras em ofertar tratamentos que envolvam medicamentos psiquiátricos. Além disto, com a saída dos ambulatorios da referência dos distritos, os usuários podem ser encaminhados para um serviço distante do seu território, o que dificulta o acesso e deixa profissionais e vagas ociosas, enquanto há uma grande demanda reprimida. Buscando acolher os sujeitos em sofrimento psíquico e dar resolutividades às demandas, os CAPS ora acolhem essas pessoas – para que o usuário não tenha sua condição agravada por falta de assistência –, ora as encaminham para a Rede.

A sobrecarga de demandas ambulatoriais gerais provoca implicações internas nos CAPS e afeta diretamente as Práticas Profissionais, comprometendo atividades como visita domiciliar, acompanhamento de casos no território e matriciamento, prejudicando o atendimento aos usuários com perfil para o serviço. A triagem, por exemplo, é limitada, devido ao baixo número de profissionais, o que vai de encontro à característica de portas abertas do serviço. Os talentos dos usuários não estão sendo trabalhados, pois, segundo as entrevistadas, a equipe precisa priorizar o “cuidado do transtorno” (E 2D, 3), em detrimento

do cuidado ampliado e integral, devido à falta de profissionais. A falta de profissionais prejudica ainda o cuidado psicossocial no território e dificulta a mudança de cultura da população em relação à *loucura*, fato preocupante, segundo as trabalhadoras.

Pessoas com quadros ansiosos e depressivos leves poderiam ser cuidadas na Rede, mas não há vagas para a grande demanda da população. As profissionais afirmam que diversos usuários de alta do CAPS passam anos tomando a mesma medicação devido à longa espera por consulta psiquiátrica ambulatorial e pela comum situação de renovação de receitas pelos médicos da atenção básica, sem qualquer reavaliação ou tentativa de desmame. Outra questão apontada seria a falta de medicação nas policlínicas, e a procura dos usuários por medicação nos CAPS, pois estes não têm dinheiro para comprar o remédio, e não podem ficar sem o uso do medicamento. Porém, no próprio CAPS, usuários chegaram a entrar em crise por falta de medicação injetável.

O CAPS deveria poder contar, segundo as entrevistadas, com ambulatório geral, escolas, centros comunitários, e representar, de fato, um serviço substitutivo, mas se a articulação entre dispositivos de saúde já é um desafio, esta troca com outros dispositivos é praticamente inexistente. As profissionais afirmam que diversas vezes há referência do CAPS para os serviços, mas não há contrarreferência, o que compromete o cuidado em Rede.

Os familiares dos usuários, por vezes, “percebem o CAPS como uma muleta” (E 2C, 2), que ajuda no processo de cuidado diante da sobrecarga familiar, comum em quem convive com um parente em sofrimento psíquico. Tal fato gera sofrimento, visto que a Rede não oferta estrutura para acolhimento efetivo e acompanhamento das pessoas em crise. Se uma pessoa tiver um surto no final de semana, por exemplo, não pode contar com o CAPS – exceto o CAPS24h – e ainda encontra os serviços de emergência lotados, o que provoca grande repercussão na sociedade e no território, pois se os equipamentos não conseguem ofertar o cuidado necessário às pessoas, elas permanecem desassistidas e a questão do preconceito permanece.

Outro fator dificultador da atuação profissional é o atendimento à usuários com comorbidades – transtorno mental associado ao uso de drogas –, pois não se tem determinado se seria função do CAPSad ou ‘CAPS transtorno’ acolher tal demanda, e há um tensionamento interno sobre isto, diante do qual as profissionais afirmam não ter suporte do CAPSad por eles só atenderem pessoas que desejem tratamento, o que sobrecarrega o ‘CAPS transtorno’.

Um fato destacado pelas profissionais são as demandas advindas do Ministério Público, que têm aumentado bastante nos últimos anos e, por diversas vezes, são casos que

não caberia ao CAPS resolver – como questões socioeconômicas, de atenção primária ou ambulatoriais gerais–, porém é exigida da equipe uma resposta, com o máximo de rapidez possível, o que compromete as demandas de Saúde Mental da comunidade/usuários. Outras atividades realizadas pelas equipes, como controle social, empoderamento dos usuários, participação em Conselhos e Conferências de Saúde são entendidas por algumas profissionais como não específicas da Saúde Mental.

Profissionais da Rede criticam o CAPS por entender que o serviço deveria “dar solução a todos os problemas ligados aos transtornos mentais” da população (E 2D, 1), o que não é responsabilidade do CAPS, segundo as entrevistadas. A população em geral parece não entender o que é o serviço e qual seu propósito, demandando internamento, atendimento clínico/ambulatorial para os parentes, comunitários. Estes, ao serem referenciados para a Rede, avaliam negativamente o CAPS, alegando que o serviço não deu resolução aos problemas apresentados.

Diante do sucateamento dos serviços substitutivos, além da defasagem de recursos humanos, a exemplo dos CAPSad e CAPS 24h, as entrevistadas entendem que se abre espaço para novos serviços e terapêuticas, como o crescimento das comunidades terapêuticas e o tratamento pautado na abstinência. O cuidado atual nos CAPS está sendo feito com base em um perfil epidemiológico antigo (E 1D, 7), e por isto os serviços, especialmente os CAPSad, estariam esvaziados, apesar da população ter alto índice de dependência, pois só tratam pessoas que desejam tratamento e que estejam em condições cognitivas de receber o tratamento e participar dos grupos. É lançada a reflexão de que a clínica deve ser baseada na demanda, e não a demanda se ajustar à clínica, como vem acontecendo nos serviços.

Sobre o cenário político atual, as recentes legislações lançadas acerca da Saúde Mental são visualizadas de forma ambivalente pelas profissionais. Muitas entrevistadas criticam e são contra as alterações realizadas, entendendo-as como estratégia de desmonte da Saúde Mental. Outras profissionais entendem como positivo o impacto causado pela Nova Política de Saúde Mental, no sentido impulsionar os atores do campo a saírem do “lugar cristalizado” (E 1D, 7) no qual se encontram, buscando reinventar práticas. Além disto, tal tensionamento pode propiciar uma autocrítica das práticas atuais e uma assistência baseada em um perfil epidemiológico atual, o que não acontece no momento. Algumas profissionais se dizem “neutras”, aguardando as próximas ações do governo, e entendem que a mudança é importante, pois “nos anos anteriores também não se tinha investimentos na Saúde Mental” (E 2C, 7).

5.4 ESTRATÉGIAS DE MEDIAÇÃO

Diante das dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, as equipes lançam mão de estratégias coletivas com o objetivo de potencializar as Práticas Profissionais e lidar com as adversidades presentes no Campo da Saúde Mental. Ao identificarem situações difíceis, as profissionais se apoiam e buscam estratégias internas, como a formação de “duplas de Técnico de Referência” (E 1C, 5) e revisão de indicação terapêutica dos usuários para grupos. Ademais, as equipes estão revisando os casos e reformulando os serviços, para que os usuários estáveis possam ser encaminhados ao território, o que contribui com a redução da sobrecarga das profissionais diante da grande demanda de usuários no CAPS.

Um recente e importante suporte de recursos humanos é destacado pelas entrevistadas. São antigas cuidadoras de Residências Terapêuticas da Prefeitura do Recife, concursadas, que estão assumindo cargos de Técnicas em Saúde Mental no CAPS. Este remanejamento ocorreu, segundo as profissionais, devido à mudança de jurisdição das Residências Terapêuticas para as organizações sociais, que não trabalham com estatutários, apenas CLTistas.

Apesar das dificuldades no exercício das Práticas, as profissionais entendem que desenvolvem um bom trabalho com usuários e comunidade e que conseguem manter o cuidado em Rede, no território, através de visitas domiciliares, troca de informação com as equipes da Estratégia de Saúde da Família, articulação com a atenção básica e encaminhamentos para ambulatório geral dos usuários que têm condições de acompanhamento na Rede.

A comunicação entre a equipe é ferramenta importante. Considerada positiva, associada a espaços formais – reuniões – e informais – almoço coletivo entre os profissionais ou conversa nos corredores dos serviços –, geralmente é direcionada à troca de informações sobre os usuários. Uma das entrevistadas diz: “Acho que a comunicação entre a equipe é um foco que a gente precisa sempre estar voltando, trabalhando isso o tempo todo. Principalmente a questão da intercomunicação, que a gente precisa aprimorar” (E 1D, 5). Estratégias de cuidado e autocuidado são entendidas como necessárias e urgentes, porém difíceis de se praticar devido aos entraves encontrados no cotidiano dos serviços.

As entrevistadas apelam por maior investimento da gestão nas políticas públicas de saúde mental, aumento de recursos humanos, terapêuticos e estruturais, fiscalização rigorosa nos hospitais psiquiátricos – para que possam acolher adequadamente as pessoas em crise intensa –, além de uma melhor estruturação da Rede de serviços, entendendo que tais ações

reduzirão as demandas de cunho social e ambulatoriais gerais acolhidas pelo CAPS, possibilitando que o serviço volte a focar no acolhimento à crise, ofertando cuidado digno aos usuários/familiares, e que as profissionais tenham condições adequadas de trabalho.

6 DISCUSSÃO

Ao escutarmos as profissionais que compõem as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial, consideradas construtoras de realidades e agentes de mudança, e analisarmos o material desenvolvido nesta pesquisa, nos aproximamos dos sentidos produzidos acerca das Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental. Tal escuta é estratégica para compreendermos de forma ampla os tensionamentos entre os Paradigmas Manicomial e Psicossocial, bem como analisarmos as Práticas Profissionais em Saúde Mental de modo contextualizado, considerando a coletividade de sua construção, as dimensões envolvidas nesse processo e as possibilidades de ação nesse contexto. A linguagem é aqui considerada prática social construtora de realidades, indo além da representação das realidades.

Em nossos achados, referências importantes relativas às Práticas Profissionais se apresentaram. Por um lado, as profissionais nos informam aspectos relacionados ao **Saber**, envolvendo referências baseadas no Movimento de Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e no Modelo Psicossocial. Por outro lado, questões ligadas ao **Fazer** são apontadas, estas relacionadas às atividades diárias desenvolvidas nos serviços e à relação estabelecida entre profissionais e usuários.

Entendemos que as Práticas Profissionais, neste contexto, estão sendo constituídas por *saberes* estruturados – referências racionais e prescritivas – e *fazer*es cotidianos – atividades realizadas no exercício profissional diário. Tais aspectos associados, nos ajudam a compreender as realidades que estão sendo construídas na Atenção Psicossocial e a analisar as Práticas Profissionais pensadas e praticadas nos serviços substitutivos.

Buscando organizar a discussão, faremos inicialmente uma explanação descritiva sobre os achados relativos ao **Saber-Fazer** das profissionais e breves interlocuções com pesquisas e literatura pertinente. Posteriormente, adentraremos na discussão dos aspectos mais característicos das Práticas Profissionais, explicitando as convergências e tensionamentos existentes, dialogando com autores de referência do Campo e trazendo apontamentos construídos ao longo da pesquisa, na interlocução entre pesquisadoras e participantes.

No âmbito do **Saber** profissional, as entrevistadas comunicam que a Saúde Mental e os serviços substitutivos baseiam-se em uma perspectiva integral, singularizada, não restrita ao cuidado biomédico, pautada em um entendimento ampliado dos conceitos de Saúde e Saúde Mental. Tal concepção, integral e ampliada, também foi encontrada por Caeran e Dias (2015), em pesquisa desenvolvida no interior do Rio Grande do Sul, sobre as percepções que os

trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil têm sobre Saúde e Saúde Mental, envolvendo aspectos físicos, psíquicos e sociais.

O trabalho em Saúde Mental é qualificado pelas profissionais como apaixonante, gratificante, positivamente desafiador e importante para a consolidação do cuidado Psicossocial. Racionalmente, o trabalho no território é considerado estratégico, por possibilitar o empoderamento dos usuários enquanto sujeitos sociais e a promoção de mudanças na cultura do preconceito acerca da loucura. A potência do trabalho desenvolvido no território para a transformação das realidades pode ser identificada também na pesquisa desenvolvida por Cézar e Melo (2018), que aborda a Reforma Psiquiátrica a partir da dimensão teórico-conceitual, entendendo o território como espaço humano, vivo, definido a partir de interações sociais.

Em relação ao trabalho em equipe, é indicado pelas participantes que, no CAPS, a formação deve ser multiprofissional e a atuação interdisciplinar, tendo todos os profissionais sua importância na oferta de cuidado aos usuários e seus familiares. O vínculo profissional-usuário e o acolhimento são apontados como ferramentas essenciais para o exercício das Práticas. Destacamos a importância do alinhamento entre os saberes estruturados dos profissionais, denominados tecnologias leve-duras (MERHY et al., 2007; MERHY, 2009), e o preconizado pelo Paradigma Psicossocial, para que sejam realizadas práxis congruentes nos serviços de Saúde Mental.

O preconceito é percebido pelas entrevistadas como uma construção social, fruto do histórico, violento e estigmatizante Modelo Manicomial. Além disto, pode se apresentar de diversas formas e ser praticado por diversos atores – profissionais, usuários, familiares, população em geral. Vale salientar que o preconceito pode ser direcionado, segundo as participantes, tanto à figura do “louco”, quanto ao trabalhador, diante do trabalho desenvolvido com a loucura. Este último, em geral, parte dos familiares, que, ao serem comunicados do desejo dos profissionais em trabalhar na área de Saúde Mental, questionaram seus parentes.

Nunes e Torrenté (2009), em pesquisa sobre estigmas e violência no trato com a loucura, encontraram diversas formas de expressão do preconceito direcionado às pessoas com transtorno mental, este naturalizado pela cultura e limitador de subjetividades. A modificação do status da loucura na sociedade e a redução dos estigmas e preconceitos a ela associados são aspectos que preocupam os militantes da Reforma na atualidade, entendendo-se que é preciso investir esforços na alteração de referências inscritas na chamada dimensão sociocultural (ANDRADE; MEDEIROS; PATRIOTA, 2010).

No que diz respeito ao **Fazer** profissional, entraves culturais e estruturais são apontados pelas participantes da pesquisa como os maiores empecilhos presentes no cotidiano dos serviços. Além disto, o desinvestimento da gestão³ nas Políticas de Saúde Mental, a burocratização dos serviços, a tecnificação das atividades e a desvalorização dos profissionais são aspectos que afetam diretamente o exercício das Práticas Profissionais. Leal e Antoni (2013) em pesquisa sobre a estrutura dos CAPS de Porto Alegre, encontraram resultados distintos dos nossos. Segundo as autoras, ainda que incipiente, é possível notar o desenvolvimento de trabalhos intersetoriais e interdisciplinares, além de boa estrutura física e recursos humanos adequados nos serviços.

Por outro lado, em consonância com nossos achados, Fiorati e Saeki (2013), em pesquisa desenvolvida em São Paulo acerca da construção e efetivação da Atenção Psicossocial em serviços extra-hospitalares, encontraram a prevalência de Práticas biológicas e curativistas nos serviços, em detrimento do exercício psicossocial. Além disso, a tecnificação do trabalho foi destacada como dificultadora de ações integradas e interdisciplinares. Os principais obstáculos apontados são originados, segundo os autores, por divergências nas orientações advindas das esferas Municipal e Nacional – a partir da Política Nacional de Saúde Mental.

Em nossa pesquisa, as participantes referem que atividades cotidianas importantes como a construção do Projeto Terapêutico Singular, indicações terapêuticas para participação em Atividade Grupal e Acompanhamento Individual por Técnico de Referência estão sendo prejudicadas diante da grande demanda de usuários e escassez de recursos humanos nas equipes, sendo realizadas de acordo com as possibilidades dos profissionais e/ou dos serviços, em detrimento das reais necessidades dos usuários. Bezerra Jr. (2016) aponta diversos entraves cotidianos nos CAPS, consonantes com nossos achados, como problemas de operacionalização que incluem número deficitário de profissionais, superlotação dos serviços, encaminhamentos automáticos, surgimento de novos processos de cronificação de usuários e profissionais, dentre outros. Amorim e Dimenstein (2009) se inserem nesta discussão ao indicarem que os serviços substitutivos podem ser capturados pela lógica manicomial dessubjetivante que atravessa as realidades no campo da Saúde Mental, exigindo uma

³ Tomamos pelo termo genérico de “gestão” todas as instâncias que envolvem tomada de decisão que impactam diretamente na rotina de trabalho das entrevistadas. Isso pode referir desde a Direção do CAPS, quando instâncias do poder municipal, bem como instituições estaduais e nacionais.

constante ampliação e desnaturalização da clínica pensada e praticada pelos profissionais dos serviços de saúde.

A Prática Profissional nos serviços é vivenciada pelas profissionais entrevistadas com sofrimento, gerando esgotamento físico e mental. Athayde e Hennington (2012) encontraram resultados similares em estudo desenvolvido sobre situações de trabalho em um CAPS no Rio de Janeiro. Segundo os autores, o cotidiano dos profissionais demanda alto investimento subjetivo e é provocador de desgaste, sofrimento e adoecimento. Parte disto se deve às condições precárias de trabalho, falta de reconhecimento por parte da gestão, e ao fato de os profissionais lidarem com o sofrimento mental intenso dos usuários dos serviços.

Em relação ao trabalho em equipe, participantes de nosso estudo apontam, por vezes, o médico como profissional indispensável da equipe. Além do mais, alguns profissionais, especialmente de nível de apoio ou médio, não participam de reuniões clínicas direcionadas, dentre outras coisas, para a discussão dos casos atendidos no serviço. Segundo Sampaio et al. (2011), as estratégias de produção de cuidado na intervenção em crise são enfraquecidas quando se coloca a centralidade no profissional médico, perdendo-se de vista a potencialidade do trabalho em equipe interdisciplinar, imprescindível para o alcance dos objetivos da clínica psicossocial.

Para as participantes da pesquisa, o contato com a Saúde Mental tem potência transformadora. A percepção das profissionais e de seus familiares antes de adentrarem no campo da Saúde Mental era marcada por estigma e preconceito, o que foi se modificando ao longo do tempo. Ademais, percebem que a aproximação com a loucura ajuda a diminuir o preconceito da população em geral, a exemplo das comunidades que contam com dispositivos substitutivos na região. Resultados semelhantes foram encontrados por Salles e Barros (2013) em pesquisa com usuários de CAPS, afirmando que a convivência em comunidade favorece a formação de relacionamentos e, por conseguinte, a transformação das concepções da sociedade sobre a loucura.

A relação profissional-usuário no cotidiano dos serviços é marcada pelo estabelecimento e manutenção de vínculos, sendo o CAPS referência de acolhimento em situações de sofrimento. Neste aspecto específico das Práticas Profissionais, visualizamos que tanto as referências racionais quanto as práticas cotidianas estão consonantes, pois as profissionais *sabem* a importância do vínculo e conseguem *fazê-lo* na relação com os usuários. Segundo Matos et al. (2017), o vínculo é estratégia decisiva para consolidação de práticas inovadoras no cuidado em Saúde Mental e deve facilitar a construção de autonomia dos sujeitos envolvidos, através da corresponsabilização.

Entretanto, as profissionais do CAPS apontam que o vínculo não se apresenta da mesma forma na Rede. Os usuários do CAPS expressam grande dificuldade em aceitar alta do serviço e estabelecer vínculos com outros equipamentos, a exemplo da Atenção Básica, para dar continuidade ao cuidado no território. Além disto, as profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) alegam despreparo diante de demandas de Saúde Mental, o que afeta diretamente o estabelecimento de vínculos.

Existe uma linha tênue que separa o vínculo genuíno – fundamental na relação usuário-profissional – do risco de tutela e cerceamento de autonomia que corre o usuário diante da intensa dependência institucional. O cenário por trás deste debate é marcado por certa centralidade e hegemonia que o CAPS assumiu diante das demandas de Saúde Mental, acolhendo não só os usuários com demandas próprias para o serviço, mas também diversas outras demandas ambulatoriais gerais ou de responsabilidade da ESF. Amarante (2003b) aponta a contradição da centralidade e poder do CAPS diante da proposta de uma rede substitutiva, territorializada e comunitária.

Vale lembrar que a Reforma Psiquiátrica pressupôs, para além do fechamento dos hospitais e implantação dos serviços substitutivos, uma mudança radical e ruptura paradigmática nos modelos de assistência. Trazer a centralidade do cuidado em Saúde Mental para o CAPS pode resultar na cronificação dos usuários, institucionalização do cuidado e aumento da demanda e sobrecarga dos serviços, além do imobilismo dos profissionais, aprisionados por entraves estruturais. Neste contexto, o problema advém das referências racionais que associam a assistência ao cuidado especializado, bem como da incipiência na elaboração e implantação de políticas públicas (PAULA et al., 2014; COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018).

A relação quase exclusiva estabelecida pelos usuários com o CAPS no âmbito da Saúde Mental anuncia a possibilidade de Práticas pautadas na cronificação e redução de autonomia (COSTA; FIGUEIRÓ; FREIRE, 2014). Ademais, para se ampliar o cuidado com a Saúde Mental por toda a Rede, é preciso investir no fortalecimento da RAPS tanto no que se refere a recursos financeiros que qualifiquem os equipamentos, quando à capacitação de recursos humanos atuantes nos diversos equipamentos da Rede. No que se refere às equipes da Atenção Básica, por exemplo, concordamos com Souza e Rivera (2010) de que é indispensável reforçar o apoio matricial – suporte técnico ofertado às equipes responsáveis por ações básicas de saúde –, e fortalecer as ações integradas e intersetoriais, fundamentais para a aplicabilidade da Política de Saúde Mental.

* * *

As Práticas Profissionais na Atenção Psicossocial parecem configuradas pelo uso de referências racionais, aqui nomeadas do **Saber**, e referências sobre o exercício cotidiano que chamamos de **Fazer**.

Na dimensão do **Saber**, verifica-se a reprodução de aspectos de cunho político e social, alinhados aos Movimentos de Luta Antimanicomial e de Reforma Psiquiátrica, bem como referências que lembram as orientações do Ministério da Saúde para o campo da saúde mental (pelo menos até o ano de 2016)⁴. Já no **Fazer**, questões do cotidiano apresentam-se mais distantes do preconizado. Identificamos entraves no exercício de tarefas do dia-a-dia e, à primeira vista, incompatibilidade entre o que se expressa como conhecimento sobre o campo em foco e o que envolve a realidade propriamente dita. A análise do material indica o desejo/expectativa de se praticar um cuidado integralmente psicossocial e a presença de práticas manicomiais nos serviços substitutivos. Porém, os *Saberes* das profissionais não se traduzem em *Fazeres* filiados à Atenção Psicossocial.

As Práticas Profissionais ocorrem no entremeio entre as contradições do trabalho prescrito e do real (DEJOURS, 2012). Elas aparecem organizadas por dois polos (*Saber* e *Fazer*), cujas aproximações não estão sendo efetivadas em benefício da construção de práticas profissionais integralmente psicossociais. Entendemos, com isto, que o conhecimento baseado em portarias, manuais e pautas de movimentos sociais se mostra insuficiente enquanto subsídio para a atuação profissional psicossocial, diante da complexa realidade que se apresenta no cotidiano dos serviços substitutivos.

Sobre o *Saber*, apontamos que é assumido um risco quando se utiliza tais referências para pautar Práticas Profissionais, pois textos como portarias e manuais são datados, diretivos e podem apresentar indicações gerais com tendências normatizantes, distantes da complexa realidade que se apresenta nos serviços de Saúde (GALINDO; FRANCISCO; RIOS, 2015).

Ademais, apesar de reconhecermos a importância dos movimentos sociais e da politização dos profissionais, concordamos com Carvalho, Ferigato e Barros (2009) acerca do esfriamento dos movimentos diante de incessantes embates e acordos com o Estado, perdendo assim sua potência micropolítica e colaborando com a manutenção do instituído. Os

⁴ Consideramos Política Nacional de Saúde Mental brasileira aquela mantida até o ano de 2016, desconsiderando as modificações e as novas publicações realizadas posteriormente a esta data por entendermos que estas vão de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, em um movimento de contrarreforma.

movimentos sociais⁵ estão inseridos no que Pereira (2001) chama de organismos privados, instâncias que possuem ideologias justificadoras da dominação e da hegemonia da classe dominante, junto a partidos políticos, sindicatos, organizações profissionais, dentre outros.

Neste contexto, parecem existir Profissionais que aceitam a forma como os serviços funcionam e aprendem a lidar com isto, agindo de um modo mais passivo e automatizado ou tecnificado, e existem os Profissionais que se dizem “militantes”, aqueles que não suportam a tentativa de problematizar a cronicidade das Práticas realizadas a partir da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Estes últimos entendem que criticar a Reforma fortalece, de algum modo, o movimento contrarreformista. Tal posicionamento favorece, porém, a institucionalização da Reforma Psiquiátrica, dificultando a produção de novas realidades a partir de novas perspectivas (VASCONCELOS; PAULON, 2014). Sugerimos o empenho de estudos futuros sobre a instituição militância e Práticas Profissionais associadas aos movimentos sociais e documentos oficiais do Governo.

As Práticas Profissionais se mostram objeto complexo e enredado. Entendemos, portanto, que não se faz Práticas Profissionais apenas com referências racionais, sejam elas pautadas em manuais, portarias ou na interlocução com movimentos sociais. Na composição do objeto Práticas Profissionais, para além das atividades desenvolvidas nos CAPS, dos conhecimentos adquiridos pelos profissionais e da relação profissional-usuário, essa bastante explorada em estudos sobre tecnologias do trabalho em saúde, existe uma dimensão que nos parece pouco explorada: a Subjetividade do Trabalhador. Esse é um caro achado desta pesquisa, que surge após diversas reflexões e reverberações.

Apostamos que o aparente distanciamento entre *Saber* e *Fazer* pode ser minimizado se considerarmos a Subjetividade dos Trabalhadores ao desenharmos as Políticas Públicas e refletirmos sobre as Práticas Profissionais. Tomamos como base a concepção dialógica das ações profissionais, proposta por Rey, Goulart e Bezerra (2016), que permite aos trabalhadores se posicionarem como Sujeitos de suas próprias práticas. Tal concepção implica em ultrapassar os esquemas centrados nos conhecimentos adquiridos pelos trabalhadores, distanciando-se da perversidade gerada pela privatização das Práticas Profissionais.

Potente e ao mesmo tempo discreta, a Subjetividade do Trabalhador parece passar despercebida em diversos estudos e discussões sobre as Práticas Profissionais, como

⁵ Tal crítica direcionada aos movimentos sociais é situada e contextualizada. Compreendemos que os movimentos sociais têm potência para produzir uma contra-ideologia comprometida com a classe dominada, contribuindo assim com a reversão da hegemonia das classes dominantes (PEREIRA, 2001).

visualizado no levantamento bibliográfico realizado nesta pesquisa no capítulo de revisão da literatura. Diferente do que se aborda no campo da Saúde do Trabalhador, da Identidade Profissional e do Intrapsíquico, estamos considerando aqui a Subjetividade Profissional como um conceito que envolve a dimensão mais afetiva, emocional, simbólica, humana, individual e social dos Trabalhadores da saúde.

Para além de um instrumento mediador do Trabalho em Saúde ou mero reprodutor de ações preestabelecidas/instituídas, os Profissionais são pessoas que sentem, pensam, se angustiam, têm medo, fantasiam e que, por diversas vezes, têm seus sentimentos desconsiderados ou negados. Ademais, são diariamente bombardeadas por demandas advindas da Gestão, dos usuários, familiares, dos equipamentos da rede, tendo que lidar diariamente com a Loucura e suas peculiaridades.

Os Profissionais se encontram no fogo cruzado das disputas de poder nos serviços, tendo que desenvolver estratégias criativas para lidar com as diversas situações conflitantes. Porém, a criatividade exigida diante da complexidade das situações que se apresentam no cotidiano não está sendo gerada no grau necessário (SIMÕES; FERNANDES; AIELLO-VAISBERG, 2013).

Além da criatividade, no campo da Saúde Mental, a autonomia é ponto de destaque. Todavia, muito se investe na autonomia dos usuários e pouco se pensa sobre a autonomia dos Profissionais, atores fundantes do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental e agentes efetivos do processo de desinstitucionalização, fundamental para a reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental.

Os processos de trabalho em Saúde Mental atuais impõem, frequentemente, que o Profissional anule sua subjetividade para que os objetivos da instituição sejam cumpridos e a produção não seja afetada (SELIGMANN-SILVA, 2010). Assim como Paulon (2002), entendemos que a Reforma Psiquiátrica é um processo amplo, que precisa ser vista para além das dimensões jurídica, pedagógica, assistencial ou ideológica.

Os Processos de Subjetivação e a análise da implicação são fundamentais diante da desinstitucionalização. Se o Trabalhador é impedido de refletir sobre seus processos e de ser ele mesmo, genuinamente, no exercício profissional, seja por pressões da gestão, pelas condições precárias de trabalho, pela falta de autonomia ou pela institucionalização da Reforma Psiquiátrica e da militância, estamos de fato fadados ao fracasso dos processos de trabalho, transformando o trabalho em fonte de sofrimento patogênico (NARDI; RAMMINGER, 2007). É fundamental, portanto, que os profissionais, agenciadores da Reforma Psiquiátrica antimanicomial, possam refletir e questionar os saberes que embasam

sua subjetivação enquanto trabalhador e a forma como ele se relaciona com a loucura, a saúde e o trabalho.

O processo educativo se insere neste contexto como possível saída. Ao discutir sobre as Práticas de profissionais no campo da Psicologia, Figueiredo (2009) aponta para a necessidade de formarmos profissionais competentes a nível do pensar, permitindo a elaboração de novos conhecimentos. Para além da aplicação do *Saber*, é importante que o profissional consiga refletir diante das situações que se apresentam, elaborando assim novos conhecimentos, autênticos, que permanecem como conhecimentos tácitos incorporados às Práticas Profissionais. O que o autor defende é uma saudável *tensão* entre *Saber* e *Fazer* que possibilite ao profissional construir suas respostas no campo do trabalho, ao que o mundo lhe demanda.

Considerando que os participantes de nossa pesquisa são profissionais com diversos níveis de formação – apoio, médio, superior e gerência –, ampliamos a discussão para além da formação estruturada, levando em conta a importância das capacitações ofertadas para os trabalhadores nos serviços de Saúde Mental.

Diante de todas as dificuldades encontradas no Sistema de Saúde, é esperado dos trabalhadores que eles desloquem os modos de ser que se encaixam em modelos prévios de ser profissional e transformem as Práticas nos serviços de Saúde Mental. Porém, parece que não estamos cuidando de construir espaços formativos que abordem *como ser profissional* na perspectiva de Atenção Psicossocial.

Entendemos que o trabalho em Saúde Mental demanda um aporte de Gestão Pública, com investimentos em capacitações e Educação Permanente para os profissionais da área, buscando fomentar uma práxis dialética. Tal demanda, segundo Dias (2014), deve ser provida por parte dos diversos níveis de Gestão, podendo ser potencializada por parcerias entre instituições de ensino e serviços de saúde, o que facilita a integração *Saber-Fazer*.

Destacamos porém, que mudanças na formação acadêmica e a oferta de capacitações nos serviços não provocam transformações reais se não houver condições favoráveis para que o *conhecimento se traduza em prática*, a exemplo da oferta de aspectos estruturais, modificação de fatores culturais, garantia de autonomia, além do despertar de uma postura autocrítica, dialógica e reflexiva nos sujeitos envolvidos, possibilitada através da implantação da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005).

Considerar a Subjetividade dos Profissionais é fundamental para avançarmos na transformação das práticas. Isto, junto a um maior investimento da Gestão na estrutura dos serviços de Saúde Mental e a oferta de maior poder ao trabalhador sobre seu processo de

atuação (SANTOS-FILHO; BARROS, 2007) poderão colaborar com a redução da distância entre o *Saber* e o *Fazer* profissional e com a transformação cultural sobre a loucura, que tanto se almeja desde os primórdios do Movimento de Reforma Psiquiátrica, tornando as Práticas Profissionais mais reflexivas, críticas, pautadas em ações micropolíticas e comprometidas com conceitos como autonomia, criatividade, vínculo, respeito aos direitos humanos e trabalho vivo em ato, tal como vem nos recomendando Merhy (2007) para as Práticas no campo da saúde, de forma geral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Prática Profissional é um objeto bastante complexo e intrigante. Complexo por envolver diversas dimensões, contextos e enredamentos. Intrigante por muitas vezes ser sutil e passar despercebido, mesmo sendo um fenômeno tão importante no Campo da Saúde Mental.

A literatura acessada para embasar esta pesquisa apontou que a Saúde Mental é uma temática bem explorada. Muito se escreve sobre o funcionamento dos serviços da rede, sobre o trabalho em equipe e os obstáculos encontrados para consolidação do Paradigma Psicossocial. Porém, foram encontradas poucas discussões acerca das Práticas Profissionais como entendemos nesta pesquisa, envolvendo o Trabalho Vivo e os processos relacionais construtores e transformadores de realidades.

Diante da tentativa de fortalecimento do Modelo Psicossocial e em busca de Práticas Profissionais emancipatórias em Saúde Mental, demos visibilidade ao discurso de Profissionais que integram as equipes de Centros de Atenção Psicossocial, entendendo que estes são agenciadores importantes do processo aqui defendido, incluindo a Reforma Psiquiátrica brasileira antimanicomial e o processo de desinstitucionalização.

Nossos achados indicaram pontos em conformidade com a Atenção Psicossocial, aspectos facilitadores e dificultadores do exercício profissional e estratégias de mediação lançadas pelos profissionais. A partir destes achados, lançamos reflexões sobre as Práticas Profissionais atuais desenvolvidas nos CAPS, formadas por *saberes* e *fazer*es. Os Saberes dos profissionais se apresentam em consonância com o Modelo Psicossocial, pautados em portarias, manuais e agendas de movimentos sociais. Por outro lado, os *fazer*es reproduzem tanto Práticas Psicossociais como Manicomiais.

A Subjetividade dos Profissionais é um dos achados mais interessantes desta pesquisa, pois mostra-se potente enquanto ferramenta norteadora para uma maior integração entre os Saberes e Fazeres dos trabalhadores, podendo resultar em Práticas Profissionais mais integradas e consonantes com a perspectiva Psicossocial. Tais Profissionais são pessoas, imersas em redes complexas de significações e disputas de poder, localizadas no entre meio das orientações/cobranças da gestão e das demandas advindas dos usuários/comunidade. Ademais, são sujeitos que afetam e são afetados todo o tempo, dentro e fora do seu exercício profissional.

Consideramos os Profissionais como agentes de mudança e entendemos que suas Subjetividades precisam ser consideradas. Junto a isto, é necessária a oferta de condições de trabalho adequadas, valorização dos trabalhadores e possibilidade de maior reflexão e

autonomia diante de ações micropolíticas, facilitadas por ações que envolvam Educação Permanente em Saúde, trocas de experiências exitosas e outras ferramentas educativas. Deste modo, o Trabalho Vivo em ato pode ser desenvolvido, os processos relacionais potencializados e a transformação das realidades alcançada.

Em suma, diante da conjuntura política atual, marcada por retrocessos e contrarreformas, entendemos que é importante refletirmos sobre aspectos micropolíticos que favoreçam a sobrevivência do Paradigma Psicossocial ou o surgimento de um outro modelo de Atenção à Saúde Mental – distante das violentas e desumanas práticas manicomial-asilares –, pautado em aspectos como Autonomia, Vínculo, Respeito, Cidadania, Território, Direitos Humanos e qualquer outro que valorize os Sujeitos em Sofrimento Psíquico e os que os circundam, como familiares, comunidade e Profissionais.

É preciso que busquemos novos modos de atuar e pensar para que as realidades possam ser transformadas. Deste modo, pesquisas na área de Saúde Mental que considerem a Subjetividade dos Profissionais e teçam reflexões críticas sobre as Práticas Profissionais merecem ser empenhadas enquanto estratégia de fortalecimento da Reforma Psiquiátrica antimanicomial e do processo de desinstitucionalização.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, V. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022008000300010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 21 out. 2018.
- AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, vol. 3, 2003a.
- AMARANTE, P. A clínica e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P., organizador. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU Editora; p. 45-66, 2003b.
- AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- AMARANTE, P. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, n. 1, p. 34-41, 2009. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>. Acesso em: 27 nov. 2018.
- AMARANTE, P. **Teoria e crítica em saúde mental**: textos selecionados. 1 ed. São Paulo: Zagodoni, 2015.
- AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 195-204, 2009.
- ANDRADE, M. T. M.; MEDEIROS, E. F.; PATRIOTA; L. M. A Reforma Psiquiátrica na prática e a prática da Reforma Psiquiátrica: um estudo a partir das percepções dos Profissionais do CAPSi (Centro Campinense de Intervenção Precoce) de Campina Grande – PB. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 2, n. 4-5, p. 47-59, 2010.
- ANJOS FILHO, N. C.; SOUZA, A. M. P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**. Botucatu, São Paulo, v. 60, n. 21, p. 63-76, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150428.pdf>. Acesso em: 02 set 2018.
- ATHAYDE, V.; HENNINGTON, E. A. A saúde mental dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 983-1001, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 16 dez. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- AZAMBUJA, M. P. R. de; NOGUEIRA, C. Potencialidades investigativas para a violência de gênero: utilização da análise de discurso. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, p.

1721-1730, 2009. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000500013&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 mai. 2019.

BACKES, D. S. et al. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 111-117. 2009.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: Fonseca A. F., Corbo A. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, p. 51-86, 2007.

BAUER, Martin W.; G. GASKELL, George (Eds.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: Um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, p. 393-415, 2015.

BEZERRA JR., B. O cuidado nos CAPS: os novos desafios. **Academus Revista Científica da Saúde**, [S.l.], v. 3, n. 4, mar. 2016. ISSN 1806-9495. Disponível em:
<https://smsrio.org/revista/index.php/revsa/article/view/91/113>. Acesso em: 27 nov. 2019.

BICHAFF, R. **O trabalho nos centros de atenção psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a consolidação da reforma psiquiátrica**. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, 2006. 217p.

BOCK, A. M. B. **A perspectiva sócio-histórica na Formação em Psicologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Distrito Federal – Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 06 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. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. **Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão 2011-2015: Saúde Mental no SUS – Cuidado em Liberdade, defesa de direitos e Rede de Atenção Psicossocial.** Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 156p., 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 32, de 14 de dezembro de 2017.** Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Comissão Intergestores Tripartite. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 11/2019.** Esclarece as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

CAERAN, J.; DIAS, H. Z. J. Saúde e Saúde Mental na percepção de trabalhadores de um CAPSi. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 115-133, 2015.

CAMARGO-BORGES, C. **O Construcionismo Social no contexto da Estratégia Saúde da Família:** articulando saberes e práticas. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP – Enfermagem em Saúde Pública. Ribeirão Preto, 2007. 207p.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: L'ABBATE, S.; MOURÃO, L. C.; PEZZATO, L. M. (orgs.). **Análise Institucional e Saúde Coletiva.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 13-15.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>. Acesso em 20 out. 2018.

CARNEIRO, E. C.; ANDRADE, F. Clínica psicanalítica do autismo nas políticas públicas de saúde mental: problematizando a patologização das subjetividades. **Revista FAFIRE**, Recife, v. 6, n. 2, p. 49-64, jul./dez. 2013.

CARNEIRO, E. C.; SOUTO, D. R. A.; PEDROZA, R. M. Educação Permanente em um Hospital Regional de Pernambuco: Uma estratégia para transformação das práticas profissionais em Saúde Mental. In: **Experiências em educação permanente em saúde no estado de Pernambuco: formação que se constrói em rede**. Pernambuco. Governo do Estado. Recife: Secretaria de Saúde, 2019. p. 175-185.

CARVALHO, S. R.; FERIGATO, S.; BARROS, M. E. **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009. 417p.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, 2005.

CÉZAR, M. A.; MELO, W. Centro de Atenção Psicossocial e território: espaço humano, comunicação e interdisciplinaridade. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan.-mar., p.127-142, 2018.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. **Dicionário de Análise do Discurso**. 3. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

CHAVES, B.L.; PERGORARO, R.F. Contribuições do arranjo "Equipe de Referência" a um Centro de Atenção Psicossocial. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v.13, n.3, p. 939-56, 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812013000300008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em 09 set. 2018.

CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE. **Resolução nº 747 de 11 de julho de 2018**. Aprova a Política Estadual de Saúde Mental no Âmbito da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Nota de repúdio à nota técnica “Nova Saúde Mental” publicada pelo Ministério da Saúde**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude>. Acesso em 08 fev. 2019.

CORDEIRO, L. R. O.; OLIVEIRA, M. S.; SOUZA, R. C. de. Produção científica sobre os Centros de Atenção Psicossocial. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p.119-123, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100016&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 17 out. 2018.

COSTA, J. P. da et al. A Produção Científica sobre a Formação de Psicólogos no Brasil. **Psicologia em Pesquisa**. UFJF, Minas Gerais, v. 6, n. 2, p.130-138, 2012.

COSTA, M. G. S. G., FIGUEIRÓ, R. A., FREIRE, F. H. M. A. O Fenômeno da Cronificação nos Centros de Atenção Psicossocial: Um Estudo de Caso. **Temas em Psicologia**, v. 22, n. 4, p. 839-851, 2014.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, p. 3233-3245, 2018.

DELGADO, P. G. G. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 Anos da Lei 10.216/2001. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 114-121, 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672011000200012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 26 mar. 2019.

DEJOURS, C. **Trabalho vivo: trabalho e emancipação** (Tomo II). Brasília: Paralelo 15; 2012. 222 p.

DIAS, L. M. N. **A relevância da formação permanente dos profissionais de enfermagem**. [Trabalho de Conclusão de Curso] Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família – Universidade Federal de Minas Gerais. Governador Valadares - MG, 2014.

DUTRA, V. F. D.; BOSSATO, H. R.; OLIVEIRA, R. M. P. **Mediar a autonomia: um cuidado essencial em saúde mental**. Escola Anna Nery, v. 21, n. 3, 2017.

ENCONTRO DE BAURU. **30 anos de luta “Por uma Sociedade sem Manicômios”**. Relatório Final (dez. 2017). Bauru, 2018. 81p.

FABRI, J. M. G.; LOYOLA, C. M. D. Desafios e necessidades atuais da enfermagem psiquiátrica. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 3, n. 8, p. 695-701, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/9727/9818>. Acesso em: 30 ago. 2018.

FARIA, R. M. de. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde - Hygeia**, v. 9, n. 16, p. 131-147. 2013.

FEITOSA, A. et al. Estudo das experiências da reforma psiquiátrica - Concepções de sujeito, comunidade e práticas terapêuticas. Departamento de Psicologia Social e Institucional/ UERJ. **Mnemosine**, v. 6, n. 1, p. 111-133, 2010.

FERIGATO, S. H.; CAMPOS, R. T. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O atendimento à crise em saúde mental: ampliando conceitos. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 31-44, 2007.

FERREIRA NETO, J. L. Psicologia e Saúde Mental: Três momentos de uma história. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 18-26, 2008.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 06, p. 1869-1878. 2015.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as Psicologias**: Da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

FIORATI, R. C. Acompanhamento terapêutico, clínica e atenção psicossocial: uma relação possível? Reflexão crítica segundo a hermenêutica dialética de Jürgen Habermas. **Psicol. Soc.**, 25(n. spe. 2), p.82-89, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25nspe2/v25nspe2a11.pdf>. Acesso em 20 set. 2018.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 305-312, abr./jun. 2013.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 226-242.

GALINDO, W. C. M.; FRANCISCO, A. L.; RIOS, L. F. Reflexões sobre o trabalho de aconselhamento em HIV/AIDS. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 815-829, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2015000400003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 dez. 2019.

GERGEN, K. J. O movimento do Construcionismo Social na Psicologia Moderna. **Rev. Inter. Interdisc. INTERthesis**, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 299-325, 2009.

GILL, R. Análise do Discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (orgs.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 13. ed. Rio de Janeiro: Vozes, p. 244-270. 2015.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOMES, A. L. C. **A Reforma Psiquiátrica no contexto do movimento de luta antimanicomial em João Pessoa - PB**. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. 263p.

GUIMARÃES, T. A. A.; ROSA, L. C. S. A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista. **O Social em Questão**. Ano XXII, nº 44, p. 111-138. 2019.

HECK, R. M. et al. Gestão e saúde mental: percepções a partir de um centro de atenção psicossocial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 647-655, 2008.

HOHENDORFF, J. V. Como escrever um artigo de revisão da literatura. p. 39-54. In: KOLLER, S. H.; COUTO, M. C. P.; HOHENDORFF, J. V. (Orgs.). **Manual de produção científica**. Porto Alegre: Penso, 2014. cap. 2, p. 39-54.

HOLMES, D. **Psicologia dos transtornos mentais**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia** 40, jan./abr., p.87-101, jan/abr. 2013.

MACHADO, D. M. **A desconstrução do manicômio interno como determinante para a inclusão social da pessoa em sofrimento mental**. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde – Universidade de Brasília. Brasília, 2006. 173p.

MAIA, A. I. S. **A política de saúde mental em Recife: caminhos da desinstitucionalização**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco – CCSA. Serviço Social. Recife/PE. 2007. 110p.

MALAMUT, B.S. **O poder e o dispositivo: hospital psiquiátrico na contemporaneidade** (Dissertação de mestrado). Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou – Fiocruz, Belo Horizonte. 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6266>. Acesso em 10 set. 2018.

MARRA, A. V.; BRITO, V. G. P. **Construcionismo Social e Análise do Discurso: Uma Possibilidade Teórico-Metodológica**. XXXV Encontro da ANPAD. Rio de Janeiro, 2011.

MARTINS, B. A. Mapeando sentidos: a construção da autonomia na reforma em saúde mental brasileira. In: PASSOS, R. G.; COSTA, R. A.; SILVA, F. G. da. (Org.). **Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, p. 15-37, 2017.

MATOS, R. K. S. et al. Projeto terapêutico singular em um centro de atenção psicossocial (Caps II). **Revista Intercâmbio**, vol. IX, 2017.

MÉLLO, R. P. et al. Construcionismo, Práticas Discursivas e possibilidades de pesquisa em Psicologia Social. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 26-32, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 set. 2019.

MELO, A. M. C. Apontamentos sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 8, n. 9, p. 84-95, 2012.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 3 ed., 2002.

MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE A.M., organizador. **Caderno saúde mental: os desafios da formação**. Belo Horizonte: ESPMG; p. 23-36, 2009.

MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. **Atenção Domiciliar: medicalização e substitutividade**. Micropolítica do trabalho e o cuidado em saúde. Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ. Rio de Janeiro, 2007.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S; GOMBERG, E. (Org.) **Novas tecnologias e saúde**. Salvador: EdUFBA, 2009.

MIRANDA, I. M. S de; FUENTES, A. C. R. C.; BALLARIN, M. L. G. S. **Perfil da produção científica sobre Centros de Atenção Psicossocial: abordagens metodológicas**. In: XIII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e IX Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. Anais (online). São Paulo: UNIVAP, p. 1-6, 2009. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2009/anais/arquivos/0522_0411_01.pdf. Acesso em: 13 set. 2018.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhante e profissionais. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

NARDI, H. C.; RAMMINGER, T. Modos de Subjetivação dos Trabalhadores de Saúde Mental em Tempos de Reforma Psiquiátrica. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 265-287, 2007.

NUNES, C. K. et al. O processo de trabalho num centro de atenção psicossocial infantojuvenil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 12, p. 65-72, dez. 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602014000300009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA. v. 43, supl. 1, p.101-108, 2009.

OLIVEIRA, J. R. de. **Políticas públicas de saúde mental e reforma psiquiátrica em Pernambuco (1991-2001)**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco – CFCH. História. Recife/PE. 2008. 148p.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 12. Ed. São Paulo: Pontes Editores, 2015.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. de. (Org.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. 720p.

PAIVA, T. C. R.; MARTINS, M. I. C. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. In: MARTINS et al. (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Formato eletrônico: Centro de Investigação em Ciências Sociais (CICS-UM) Universidade do Minho Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Fundação Oswaldo da Cruz – Fiocruz Portugal – Brasil, p. 293-303, 2014.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr./jun. 2014.

PAULON, S.M.; GAGEIRO, A.M.; COSTA, D.F.C. da; LONDERO, M.F.P.; PEREIRA, R.G.; MELLO, V.R.C. de; ROSA, R.H. da. Práticas clínicas dos profissionais 'PSI' dos Centros de Atenção Psicossocial do Vale do Rio dos Sinos. **Psicologia e Sociedade**, 23(spe), p. 109-119, 2011. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822011000400014>. Acesso em 30 set. 2018.

PAULON, S. **Desinstitucionalização da loucura, práticas de cuidado e a reforma psiquiátrica no RS**. Projeto de Pesquisa. São Leopoldo: Unisinos, 2002. Mimeografado.

PEREIRA, O. P. A prática psicológica e a crítica aos sistemas hegemônicos de produção de significados: uma contribuição conceitual. In: PEREIRA, O. P. (Org.). **Saúde mental, ética e política: vidas dissidentes e práticas psicológicas contra-hegemônicas**. Jundiaí: Paco Editorial, p. 10-23, 2015.

PEREIRA, E. C.; COSTA-ROSA, A. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.**, v. 21, n. 4, p. 1035-1043, 2012.

PEREIRA, W. C. C. **Nas trilhas do trabalho comunitário e social: teoria, método e prática**. Belo Horizonte: Vozes, PUC Minas, 2001. 336p.

RAMMINGER, T. **Trabalhadores de Saúde Mental: Reforma psiquiátrica, saúde do trabalhador e modos de subjetivação nos serviços de saúde mental**. Dissertação – Programa de Pós-graduação em Psicologia Social e Institucional – UFRS. Porto Alegre, 2005

REY, F. G.; GOULART, D. M.; BEZERRA, M. S. Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. **Educação**. Porto Alegre, v. 39, n. esp. (supl.), 54-65, dez. 2016.

ROCHA, R. M. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 350-357, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 jul. 2018.

RODRIGUES, D. S.; CARVALHO, M. A. A. S.; XIMENES, V. M. A comunidade como espaço de produção de saúde mental: contribuições da Psicologia Comunitária ao processo de desinstitucionalização. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 734-754, 2011. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/8333/6121>. Acesso em: 22 set. 2018

ROSA, C. M.; VILHENA, J. Do manicômio ao CAPS da contenção (im)piedosa à responsabilização. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, (37), p. 154-176, 2012. Disponível em: <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2498/2361>. Acesso em 01 out. 2018.

ROTELLI, F.; AMARANTE, P. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; Amarante, P. (Orgs.). **Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-55. 1992.

SÁ, R. M. P. F. de et al. O novo patamar da contrarreforma da política de saúde no Brasil e os desafios para a Política Nacional de Promoção da Saúde. **O Social em Questão**. Ano XXII, nº 44, p. 45-66. 2019.

SALLES, M. M.; BARROS, S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2129-2138, 2013.

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

SANTOS-FILHO, S. B; BARROS, M. E. B. (Orgs). **Trabalhador da Saúde: muito prazer!** Protagonismo dos Trabalhadores na Gestão do Trabalho em Saúde. Ed. Unijuí, 2007. 272p.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Rev. bras. saúde ocup.**, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 187-191, dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200002&lng=en&nrm=iso. Acesso em 25 dez. 2019.

SILVA, A. P. da. **Caracterização da rede de atenção psicossocial do recife e sua interface com a regulação em saúde**. Dissertação (Mestrado). – Universidade Federal de Pernambuco – CCS. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Recife/PE. 2015. 131p.

SILVA, B. C. A.; SANTOS, E. S. O.; ROSSI, E. J. R. Saúde mental e reforma psiquiátrica. **Rev. Conexão Eletrônica**, Três Lagoas, MS, v. 14, n. 1, 2017.

SILVA, G. M. da et al. Concepções sobre o modo de atenção psicossocial de profissionais da saúde mental de um CAPS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 7, n. 2, p. 161-167, dez. 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2015000200010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 out. 2018.

SILVA, J. C.; OLIVEIRA FILHO, P. Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial. **Estudos de Psicologia** (Campinas), v. 30, n. 4, p. 609-617, 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2013000400014>. Acesso em 20 set. 2018.

SILVA, P. et al. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. **ConScientiae Saúde**, v. 12, n.1, p. 153-160, 2013.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 591-595, 2005.

SIMÕES, C. H. D.; FERNANDES, R. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 2, p. 275-282, jun. 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000200014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 28 nov. 2019.

SOARES, L. S.; NASCIMENTO, L. A. **O técnico de referência na atenção psicossocial como dis(para)dor da política de saúde mental**. Especialização em Saúde Mental: Gestão, Atenção, Controle Social e Processos Educacionais. Centro de Educação Tecnológica e pesquisa em Saúde. Porto Alegre, RS. 2013. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-939711>. Acesso em 28 out. 2018.

SOUZA, A. C.; RIVERA, F. J. U. A inclusão das ações de saúde mental na Atenção Básica: ampliando possibilidades no campo da saúde mental. **Rev. Tempus Actas Saúde Colet.** v. 4, n. 1, p. 105-14, 2010.

SOUZA, S. A. F. **Análise de discurso: procedimentos metodológicos**. Manaus: Censur, 2014.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. 72 p. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/w9q43/pdf/spink-9788579820465.pdf>. Acesso em: 30 out. 2018

TAVARES, M. A entrevista clínica. In: CUNHA, J. A. et al. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: **Caderno da 11ª Conferência Nacional de Saúde Brasília**: Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, p. 261-81, 2000.

TORRES, R. **Reforma Psiquiátrica enterrada**. Outra Saúde – Em defesa do SUS e de sua transformação. São Paulo, fev. 2019. Disponível em: <https://outraspalavras.net/outrasaude/reforma-psi-quiatrica-enterrada>. Acesso em 10 fev. 2019.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. **A psicologia social e o trabalho em saúde**. Natal: EDUFRM – Editora da UFRN, 2008.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 80-88, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100022&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 ago. 2019.

VALADARES, F. C. Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 573-574, fev. 2013. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000500029&lng=en&nrm=iso. Acesso em 18 mar. 2018.

VALLI, L. A. **A importância dos centros de atenção psicossocial (CAPS) na reabilitação dos indivíduos com transtorno mental**. Trabalho de Conclusão de Curso (Programa de Aprimoramento Profissional) – Secretaria de Estado da Saúde – Faculdade de Medicina em Enfermagem em Psiquiatria e Saúde Mental. Marília, SP, 2009.

VASCONCELOS, A. C. S.; FACUNDES, V. L. D. O cenário da desinstitucionalização em Pernambuco: perfil sociodemográfico e clínico de usuários de hospital psiquiátrico. Rev. **Tempus**, Actas de Saúde Coletiva, Brasília, v. 11, n. 3, p. 22-35, 2017.

VASCONCELOS, E. M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar**: epistemologia e metodologia operativa. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

VASCONCELOS, M. F. F.; PAULON, S. M. Instituição militância em análise: a (sobre)implicação de trabalhadores na Reforma Psiquiátrica Brasileira. **Psicologia & Sociedade**; v. 26, n. spe., 222-234, 2014.

ZANETTI, N. S. **CAPS: Dispositivo de Complexidade**. Trabalho de conclusão do curso de Pós Graduação Latu Senso – Aprimoramento para Profissionais em Saúde Mental. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Faculdade de Ciências Médicas – Departamento de Medicina Preventiva e Social, Campinas, 2006. 14p.

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA

O CAPS

1. Fala um pouco sobre o CAPS, sobre esse teu local de trabalho

- O que é o CAPS
- Qual a função/tarefa do CAPS
- O que significa essa unidade de saúde para a saúde mental
- O que a sociedade/comunidade pensa do CAPS
- Caps x outros modelos de atenção em saúde mental

A POPULAÇÃO ATENDIDA NO CAPS

2. E sobre a população atendida aqui, o que você tem a dizer?

- Quem é atendido
- O que as pessoas buscam no Caps
- Como a sociedade/comunidade considera/percebe as pessoas que são atendidas no Caps
- Como a equipe do Caps percebe a população atendida

O TRABALHO NO CAPS

3. Sobre a equipe que trabalha aqui no CAPS, o que você tem a dizer?

- Quais profissionais compõem a equipe
- O que fazem
- Como se relacionam entre si
- Como se relacionam com os usuários
- Como fazem para o Caps funcionar
- Você mudaria algo no modo dos profissionais trabalharem (em relação a usuários, entre si...)

4. Na sua opinião, a composição da equipe está adequada/satisfatória?

- Você acrescentaria ou retiraria alguma categoria profissional
- Existe alguma categoria profissional que seria indispensável para o CAPS funcionar

5. O que precisa ter um profissional para trabalhar no Caps?

- Alguma competência específica?
- Alguma característica pessoal?

SUA FUNÇÃO NO CAPS

6. Fala um pouco de como é teu trabalho aqui no CAPS?

- O que você faz
- Que atividades desenvolve junto a usuários
- Como seu trabalho interage com o trabalho de outros profissionais aqui?

7. E como é, pra você, trabalhar em um CAPS?

- Como você se sente
- O que as pessoas de seu convívio dizem do seu trabalho
- O que significa esse trabalho pra você
- Tem dificuldades, chateações?

8. Na sua avaliação, quais atividades que você realiza aqui são voltadas para a saúde mental?

- Porque são atividades de saúde mental?
- Existem coisas que você realiza no trabalho que não têm relação com saúde mental?
- Há atividades que deveriam acontecer no Caps e não acontecem?
- Na sua rotina você fala com os outros profissionais sobre as atividades realizadas?

... Encerramento...**9. Me conta uma situação específica que te marcou na realização do teu trabalho no CAPS.****10. Quando eu falo que você é um profissional de Saúde Mental, o que passa pela sua cabeça?****11. Gostaria de acrescentar algo mais nessa nossa conversa?**

✓ Agradecimentos

APÊNDICE B - TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Elaine Camêlo Carneiro, Avenida da Arquitetura s/n – 7º Andar – Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) – Cidade Universitária – Recife/PE, CEP 50740-550, email: elainecarneiro_psi@hotmail.com e está sob a orientação de Wedna Cristina Marinho Galindo, e-mail: wedna.galindo@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: “Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental”, que será realizada em dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) localizados na Região Metropolitana do Recife e o objetivo é analisar Práticas Profissionais de atenção à Saúde Mental. Trataremos deste assunto devido a uma incipiência na literatura pesquisada sobre a temática, além da conjuntura atual que ameaça os avanços conquistados a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira.

A pesquisa será realizada de forma individual e se dará em formato de entrevista, abordando questões relacionadas ao funcionamento da instituição, o trabalho/prática no CAPS com os usuários e o sentido destas Práticas na Atenção Psicossocial.

A pesquisa será realizada na instituição que você trabalha, não sendo necessário você se deslocar para outro lugar. Teremos, a princípio, um encontro, e não haverá um tempo delimitado para as suas respostas, portanto, fique à vontade em relação à duração da sua participação. Respeitaremos o seu tempo. Como voluntário (a), você tem o direito de interromper sua participação a qualquer momento sem prejuízo algum para nenhuma das partes, ou seja, para o voluntário (a) e nem para o pesquisador.

Os procedimentos adotados não oferecerão riscos a sua integridade física, mas poderão oferecer algum desconforto psíquico e emocional decorrente dos conteúdos abordados na entrevista. Porém, este risco será minimizado, respeitando-lhe e acolhendo qualquer desconforto, considerando também a formação da pesquisadora em Psicologia. Como benefícios, destacamos a compreensão da organização das Práticas Profissionais na instituição e os sentidos a elas atribuídos, possibilitando colaborar com uma maior apropriação dos

profissionais a respeito de sua potência na transformação da realidade dos serviços, e uma possível construção de estratégias para o fortalecimento do modelo Psicossocial de Atenção.

Suas respostas serão registradas em um gravador de uso pessoal da pesquisadora. Porém, todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa ficarão armazenados em local seguro, na sala 713 do Centro de Filosofia e Ciências Humanas (CFCH) – UFPE, Cidade Universitária – Recife/PE, CEP 50740-550, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

Elaine Camêlo Carneiro

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Práticas Profissionais de Atenção à Saúde Mental”, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: Recife, ____/____/____.

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____