

Risco como perigo persistente e cuidado em saúde mental: sanções normalizadoras à circulação no território

Risk as persistent danger and mental health care: normalizing sanctions on the movement in territory

Valquiria Farias Bezerra Barbosa

Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco. Coordenação de Enfermagem. Pesqueira, PE, Brasil.
E-mail: valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br

Sandra Noemi Caponi

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Sociologia e Ciência Política. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: sandracaponi@gmail.com

Marta Inez Machado Verdi

Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Saúde Coletiva. Florianópolis, SC, Brasil.
E-mail: marverdi@hotmail.com

Resumo

Este artigo objetiva analisar as relações entre usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), focalizando a escuta, observação e percepção de como o cuidado é vivenciado entre esses atores sociais. Para tal, foi desenvolvido um estudo qualitativo mediante observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de um Caps na cidade de Pesqueira (PE). As entrevistas foram analisadas segundo a análise textual discursiva e operacionalizadas por meio do software ATLAS.ti. A partir disso, no campo das práticas de cuidado, observou-se que a persistência da noção de periculosidade atribuída à pessoa em sofrimento psíquico aponta um processo complexo de manutenção de concepções estigmatizantes sobre adoecimento mental. Na análise das relações de cuidado, pudemos constatar a centralidade do tratamento medicamentoso, bem como a existência de circuitos permitidos e não permitidos pela própria comunidade, que passa a regular a circulação no território. Evidencia-se, por fim, a vinculação das práticas de cuidado a práticas de medicalização do sofrimento psíquico e de medicamentação. **Palavras-chave:** Risco; Serviços de Saúde Mental; Saúde Mental.

Correspondência

Valquiria Farias Bezerra Barbosa
BR 232, Km 208, Portal. Pesqueira, PE, Brasil. CEP 55200-000.

Abstract

This research aims to analyze the relationship between users and professionals in a *Centro de Atenção Psicossocial* - Psychosocial Care Center (Caps), focusing on listening, observation and the perception of how care is experienced by them. For this purpose, a qualitative study was conducted by participant observation and semi-structured interviews with professionals of a Caps in the city of Pesqueira (PE, Brazil). The interviews were analyzed according to discursive textual analysis, which was carried out through the ATLAS.ti software. Onwards, in the field of care practices, we noticed that the persistence of the danger notion assigned to the psychic suffering person points to a complex process of maintenance of stigmatizing mental illness conceptions. In the analysis of care relationships, we have seen the centrality of drug treatment, as well as the existence of circuits that are allowed or not by the community, that regulates circulation in territory. The results point to the linkage of care practices to the medicalization of psychological distress and excessive consumption of medicines.

Keywords: Risk; Mental Health Services; Mental Health.

Introdução

A partir de cenários político-sociais, como a construção do Estado democrático e o movimento sanitário, vem se constituindo, desde a década de 1980, o processo de ruptura com a concepção biologicista e fragmentária do processo saúde-doença mental defendida pela psiquiatria clássica, e a busca pela compreensão desse processo enquanto continuum, a partir de categorias explicativas sociológicas. A instituição do movimento de reforma psiquiátrica, no ano de 1979, foi o momento inaugural da saúde mental enquanto campo conceitual das ciências sociais, humanas e da saúde no Brasil. A partir do processo de reforma psiquiátrica emergiram as condições de possibilidade para debates pautados na interdisciplinaridade, para um novo arcabouço de ideias, reflexões, práticas e questionamentos (Costa-Rosa, 2013).

Assim, considerando-se a inversão paradigmática proporcionada por esse movimento, tornou-se necessário trabalhar com o conceito de reabilitação psicossocial, o que possibilitou a desconstrução de práticas fundamentadas na objetividade da doença mental e a (re)construção de práticas voltadas à subjetividade da pessoa em sofrimento psíquico (Barros; Oliveira; Silva, 2007).

A Lei nº 10.216/2001 reorientou o modelo de atenção à saúde mental brasileiro e resultou na implantação de serviços de caráter substitutivo ao hospital psiquiátrico de base comunitária, favorecendo o exercício da cidadania, a inclusão social dos usuários e a manutenção do vínculo familiar (Barbosa et al., 2017).

Em 2002, a Portaria nº 336 do Ministério da Saúde estabeleceu que os Centros de Atenção Psicossocial (Caps), sob a coordenação do gestor local, deveriam responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental em seu território (Brasil, 2002).

Na atualidade, a Rede de Atenção Psicossocial (Raps) brasileira é composta pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, unidades de urgência e emergência, serviço residencial de caráter transitório e hospitalar, assim como estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (Brasil, 2013).

No entanto, é importante delimitar que as noções de **rede de atenção psicossocial** e de **rede de cuidados**, embora complementares, não são sinônimas. A constituição de configurações de rede entre os serviços de saúde mental no âmbito da atenção psicossocial pressupõe que se estabeleçam redes de cuidados que ampliem as possibilidades de acolhimento do usuário e de seus familiares, potencializando o exercício da cidadania e da inclusão social. Tais redes devem ser compostas por entes institucionais (representados pelos serviços de saúde etc.), o que ressalta a importância da requalificação das equipes multiprofissionais de saúde para a efetividade das ações empreendidas. Para constituição dessas redes, são de fundamental importância os entes não institucionais (representados por associações e grupos comunitários, entre outros) situados no território dos usuários, de forma a garantir a continuidade do cuidado além dos muros dos serviços de saúde (Schneider, 2009).

A intersectorialidade apresenta-se como estratégia relevante para que a conformação da rede seja alcançada, ao ampliar o alcance das redes de cuidado mediante parcerias com as áreas da educação, justiça, assistência social, segurança, entre outras.

Nessa perspectiva, o objetivo desse estudo foi analisar as configurações que o cuidado apresenta no campo da saúde mental no contexto de um Caps situado em um município do nordeste do Brasil. Analisaremos as relações entre usuários e profissionais desse serviço de saúde mental com foco na escuta, observação e percepção de como o cuidado é vivenciado entre esses atores sociais, assim como algumas repercussões do Caps sobre a comunidade e seu território de abrangência.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório e de análise qualitativa, desenvolvido mediante observação participante e entrevistas semiestruturadas realizadas com profissionais de um Caps em Pesqueira (PE).

Esse município situa-se a 215 km de Recife (PE), com área total de 961 km² e população total de 62.931 mil habitantes, segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2010). A equipe técnica do Caps II - Cultivando Sorrisos - é composta por uma médica psiquiatra,

uma enfermeira (a quem compete a coordenação do serviço), uma psicóloga, uma assistente social, uma pedagoga, dois técnicos de enfermagem e uma artesã, além de três membros da equipe de apoio (cozinheira, auxiliar de serviços gerais e vigilante). No período de coleta de dados do estudo, eram acompanhados durante a semana cerca de 30 usuários e seus familiares, com predominância de transtornos mentais severos como a depressão, a esquizofrenia e o transtorno afetivo bipolar.

A pesquisa iniciou-se com o parecer substanciado favorável da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa sob o número 1.038.951 e CAAE 33110114.5.0000.5203. Antes do início da entrevista, os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que contava com informações básicas sobre a pesquisa, nos termos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Os relatos das duas profissionais entrevistadas serão identificados por E1 e E2. A usuária do Caps mencionada no estudo será identificada pelo pseudônimo “Violeta”.

A observação participante foi desenvolvida durante a realização dos grupos de acolhimento e psicoeducacional do Caps, entre 2013 e 2014, no período da manhã, totalizando 8 semanas (64 horas).

O grupo de acolhimento tem como objetivo reunir todos os usuários do Caps e oportunizar a narrativa de suas vivências durante os fins de semana, com suas famílias e em ambientes sociais frequentados pelos pacientes, ouvindo, acolhendo e orientando quanto às demandas sociais e emocionais, assim como estabelecendo metas para o Projeto Terapêutico Singular. Esse grupo é conduzido pela psicóloga e pela assistente social do Caps, enquanto o grupo psicoeducacional é conduzido pela enfermeira do serviço.

A pesquisadora utilizou diário de campo durante todo o período de observação participante e entrevistas, que foram analisadas segundo a análise textual discursiva proposta por Moraes e Galiazzi (2011).

A primeira etapa da pesquisa compreendeu o processo de desmontagem dos textos ou unitarização, seguindo-se da categorização, que envolve construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, o que resultou em sistemas de categorias. A partir da emergência de uma nova

compreensão sobre o todo, como também sua crítica e validação, construiu-se um metatexto que explicita argumentativamente a nova compreensão alcançada (Moraes; Galiuzzi, 2011).

Nessa construção, a abordagem teórico-metodológica da Genealogia do Poder de Michel Foucault (2005) permitiu analisar as relações de poder-saber referidas às práticas de cuidado em saúde mental.

O exame das transcrições das entrevistas foi feito pelo software ATLAS.ti, composto por ferramentas de análises qualitativas, sob a licença nº 72BB1-ECAA3-57A7F-ROEN1-0039Y. No processo de codificação do corpus textual foi possível elaborar 21 códigos que expressam diferentes discursividades sobre o **cuidado em saúde mental**, o que nos permitiu considerá-lo uma categoria analítica. Como exemplo podemos mencionar: “atos de cuidar”; “cuidado no território”; “cuidado integral”; “cuidados em saúde mental”; “cuidados primários de saúde mental”; “direito ao cuidado”; “dispositivos de cuidado”; “modelo de cuidado”; “novas formas de cuidado”; “redes de cuidados”; “tratar x cuidar”; “família x cuidados”.

Outros códigos que compuseram a rede de sentidos e estabeleceram relações discursivas relevantes com a categoria **cuidado em saúde mental** foram: “construção social do processo saúde-doença mental”; “desmedicalização”; “medicalização”; “psiquiatria preventiva”; “reformulação do modelo assistencial em saúde mental”; “risco como perigo”; “risco epidemiológico” (sinônimo de “risco como probabilidade”) e “relações de poder”.

Procedemos à construção do metatexto, buscando, por meio da seleção de citações textuais relevantes, realçar as relações discursivas identificadas, enriquecendo e ampliando o alcance das análises. Iniciaremos delineando o contexto do campo de pesquisa, e, em seguida, construiremos nossa argumentação em torno de dois eixos temáticos que estabelecem articulação entre os códigos “medicalização”, “risco como perigo”, “relações de poder” e a categoria analítica “cuidado em saúde mental”: “Medicamentalização: estratégias para a contenção do risco persistente de recidivas” e “Risco como perigo persistente e sanções normalizadoras à circulação no território”.

Resultados e discussão

O Caps onde essa pesquisa se desenvolveu teve suas atividades iniciadas em abril de 2013. A rede de atenção psicossocial em Pesqueira é composta pelo Caps II, que estabelece relações de referência e contrarreferência com as equipes de saúde do setor de urgência e emergência do Hospital Municipal Dr. Lídio Paraíba (HLP) e do Serviço Móvel de Atendimento de Urgência e Emergência (Samu), que dispõe de uma unidade básica no município. Compõe também essa rede de cuidados um ambulatório de especialidades que oferece consultas de psiquiatria e psicologia, além das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e do Centro de Referência em Assistência Social (Creas).

Quanto às redes locais de cuidados a saúde mental, consideramos que estão em processo de construção e consolidação, uma vez que, somente a partir de 2013, esse município passou a contar com um serviço substitutivo à internação hospitalar. Ao longo dos anos nos quais os usuários portadores de transtornos mentais severos foram atendidos por unidades hospitalares psiquiátricas, o cuidado e o tratamento desses indivíduos foi sempre outorgado às equipes de saúde que se situavam em municípios a até 215 km de distância de Pesqueira. Desse modo, o encaminhamento de um usuário a um desses hospitais implicava desterritorialização e consequente rompimento de suas relações familiares e comunitárias. Por outro lado, as famílias e a “comunidade”, assim como as próprias equipes das unidades de saúde municipais, ficavam destituídas de responsabilidade sobre o cuidado a esse indivíduo durante a hospitalização (cuja duração média era de 30 a 45 dias, podendo-se estender por períodos mais longos).

A maioria dos usuários vinculados ao Caps no período da pesquisa já vivenciou internações psiquiátricas em hospitais especializados anteriormente à admissão nesse serviço, e estavam há menos de dois anos em acompanhamento terapêutico no Caps.

A implantação do primeiro Caps em Pesqueira ampliou as ações de atenção à saúde mental pela gestão municipal de saúde. Embora tenha havido

redução significativa no número de internações em hospitais psiquiátricos com características asilares, o Caps e o serviço de urgência e emergência do HLP ainda estabeleciam relações de referência e contrarreferência com dois hospitais psiquiátricos.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica apresenta-se plural e descontínuo ao considerar-se peculiaridades das redes loco-regionais de saúde. Embora os documentos normativos da Política Nacional de Saúde Mental sirvam como norteadores para o delineamento da Raps, as singularidades das diferentes regiões brasileiras resultam em desenhos diversificados de rede, segundo a composição dos pontos de atenção e as relações que cada serviço constroi com os equipamentos comunitários situados no território dos usuários e suas famílias.

A possibilidade de que o hospital psiquiátrico continue a compor a Raps em alguns desses contextos, mesmo diante dos relevantes avanços no processo de desospitalização e desinstitucionalização em curso no Brasil, encontra-se prevista na portaria MS nº 3.088/2011, artigo 11, parágrafo 2º, segundo o qual o hospital psiquiátrico poderá ser acionado “enquanto o processo de implantação e expansão da RAPS não se apresenta suficiente” (Brasil, 2013). No entanto, recomenda que “estas regiões de saúde priorizem a expansão e qualificação dos pontos de atenção da Raps para dar continuidade ao processo de substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos” (Brasil, 2013).

A implantação do Caps em Pesqueira representou avanço nessa direção, embora ainda haja necessidade de estabelecer outras possibilidades de abordagem e acolhimento aos usuários em crise.

Medicamentação: estratégia para a contenção do risco persistente de recidivas

Nossa inserção no Caps permitiu-nos, em princípio, confirmar o quanto o cuidado se aproxima e contribui para as demais estratégias de controle dos riscos próprias da sociedade de segurança.

Durante uma assembleia de familiares ocorrida no Caps, os relatos se concentraram, principalmente,

em suas dificuldades em garantir a continuidade do uso de medicações pelos usuários. Foram expressas dúvidas sobre a prescrição de medicamentos, seus efeitos colaterais, as consequências de associação a bebidas alcoólicas, entre outras.

As famílias são regularmente indagadas sobre a adesão dos usuários ao regime terapêutico medicamentoso e sobre a continuidade do tratamento, a fim de prevenir recidivas e surtos psicóticos. Os familiares expressaram compromisso com essa medida terapêutica, inclusive como forma de se proteger contra possíveis surtos de agressividade dos usuários.

Uma vez que a capacidade das famílias em acolher e cuidar de pessoas em sofrimento psíquico é questão central nas políticas de saúde mental contemporâneas, a fim de que seja garantida a continuidade dos cuidados, foi agendado atendimento individual com familiares que tinham maior dificuldade em compreender a importância da continuidade do tratamento medicamentoso, a fim de esclarecer todas as dúvidas remanescentes.

Nessa mesma direção, no grupo que objetiva acolher usuários no retorno ao Caps no início de cada semana e ouvir demandas afetivas, sociais e psicobiológicas que compõem suas vivências nos ambientes familiar e social, todos os usuários foram indagados sobre as medicações em uso no fim de semana (quando não dispõem do atendimento no Caps). Questiona-se se continuam o tratamento; se sentem algum efeito colateral ou adverso que dificulte suas atividades diárias - como a sonolência excessiva ocasionada por muitos psicotrópicos -; e, ainda, se a família tem colaborado para que esse objetivo seja atingido. Nesse momento, muitos usuários contam sobre dependência de medicamentos para dormir, de forma que, quando os remédios acabam, a equipe providencia, no menor tempo possível, que esse usuário seja atendido pela psiquiatra que prescreve medicações necessárias para um ou dois meses de tratamento, dependendo do caso.

Ante ao exposto, o tratamento medicamentoso ainda é concebido como aspecto central nesse Caps, configurando-se como estratégia disciplinar de contenção física e psíquica da pessoa em sofrimento mental. O tratamento medicamentoso possibilita que o indivíduo permaneça em seu território, em sua

“comunidade”, e conviva com familiares da forma mais tranquila possível. A medicamentação, uso de fármacos em tratamentos terapêuticos (Rosa; Winograd, 2011), permite a minimização dos riscos atribuídos a indivíduos em surto psicótico.

Ademais, merece destaque a ingestão de medicamentos psicotrópicos indutores do sono. O fato de os usuários do Caps necessitarem de medicamentos para tratar seus transtornos mentais não deveria significar que precisam, necessariamente, de medicamentos para dormir. Mediante a participação nos grupos terapêuticos, pudemos identificar que a maioria dos usuários está condicionada a ter sono induzido por medicações, caracterizando-se, em muitos casos, como processos de tolerância e dependência medicamentosa. É preciso atentar para a hipermedicamentação a que vêm sendo submetidas as pessoas em sofrimento psíquico no contexto estudado.

Toda a questão do uso contínuo da medicação e da relevância da participação da família no processo terapêutico de reabilitação psicossocial, reforça o que Doron (2014, p. 11) chamou de “luta contra a recidiva como prevenção do risco”.

Risco como perigo persistente e sanções normalizadoras à circulação no território

Nessa mesma direção, a trajetória de Violeta, usuária do Caps, leva-nos a refletir sobre os desafios da atuação das equipes de atenção psicossocial no território e na “comunidade”.

A recusa dos familiares de Violeta em garantir a continuidade de seus cuidados foi apontada pela equipe do Caps como principal fator relacionado a seu reinternamento num hospital psiquiátrico. A paciente deixou de frequentar o Caps por falta de incentivo de sua família, pois a rejeição sofrida no ambiente familiar, a descontinuidade no uso de medicamentos psicotrópicos e a interrupção de seu acompanhamento no Caps contribuíram para que tivesse novo surto psicótico.

Embora a psiquiatra tivesse prescrito medicações injetáveis, que poderiam conter surtos caso Violeta fosse tratada durante três dias consecutivos,

não havia quem a acompanhasse diariamente ao hospital municipal para recebê-las. Sua família a havia expulsado de casa e a usuária encontrava-se em situação de rua.

Diante dessa situação crítica, a equipe do Caps, após tentar intervir na família de Violeta sem sucesso, solicitou apoio à equipe do Creas para realizar uma visita domiciliar, e constataram que ela havia queimado toda a sua casa. Diante do “risco” em que se encontrava, foi necessário retirá-la do domicílio, que estava abarrotado de lixo. As profissionais chamaram a equipe do Samu e a polícia militar para auxiliá-las a levar Violeta ao hospital municipal.

A equipe do HLP, dado que não dispõe de leitos psiquiátricos, recusou-se a internar a usuária por três dias, a fim de que recebesse a medicação prescrita pela psiquiatra. Restou a opção de encaminhá-la ao hospital psiquiátrico mais próximo. Sua irmã aceitou acompanhá-la apenas para possibilitar a admissão em tal instituição, embora se negasse a continuar cuidando de Violeta quando retornasse da internação (que duraria de 30 a 45 dias).

Uma vez que o município não dispõe de residência terapêutica, as equipes do Caps e Creas estavam apreensivas em como seria conduzida a situação quando Violeta recebesse alta do internamento.

Está internada, [...] porque ela só vai ficar 45 dias, [...] A irmã não quer e eu não sei o que fazer. [...] Mas Violeta é uma pessoa que eu não posso achar que resolve a situação dela, e a medicação? Quem é o responsável por ela? Aí vai acontecer a mesma coisa. (E1)

A descontinuidade do cuidado e do uso da medicação foi identificada como aspecto central da problemática enfrentada por Violeta.

A trajetória da paciente nos revela a luta pela domesticação da loucura por meio de mecanismos psicofarmacológicos e de contenção física. Percebemos, como se estivéssemos diante de um espelho giratório, a luta pela “gestão cega da vida consumindo a usuários, profissionais e familiares”. Como retrato da “nossa incapacidade para oferecer um lugar social a um tipo de experiência humana que está aí e, lamentavelmente, veio para ficar”;

a busca incessante de dar ao sujeito na sua existência-sofrimento uma “imagem de senso comum, de sujeito domesticado que já não mostra traços de sentidos obscenos” (Martínez-Hernández, 2012, p. 16-17).

Outra questão que permanece em pauta nas reuniões grupais é a circulação dos usuários no território. São marcantes os relatos de que usuários do Caps, em sua maioria, passam grande parte do fim de semana em suas residências participando da rotina familiar, tendo como lazer assistir à televisão e ouvir música. Alguns participam de atividades em igrejas, o que caracteriza grupos religiosos como os que mais acolhem pessoas em sofrimento psíquico, no contexto local estudado. Mesmo das festas de rua, festas juninas, por exemplo, bastante tradicionais no nordeste brasileiro, muitas dessas pessoas não participam, a não ser se promovidas pelo próprio Caps para usuários e seus familiares.

A forma de circulação no território legitimada pela família e pela “comunidade” é o deslocamento do “doente” ao Caps, exercitando autonomia, embora bastante limitada, de deslocamento no território. No restante do tempo, permanecem em casa, em suas “prisões de fim de semana” (Amorim; Dimenstein, 2009).

Na sexta-feira [dizem]: “Ah eu não gosto, no fim de semana a gente fica em casa, deveria ter alguma coisa que vocês ficassem com a gente no fim de semana.” Então eles querem ficar com a gente, eles gostam, eles sabem que não é uma obrigação, mas eles querem vir pro CAPS. (E2)

A família é corresponsável pelo controle do deslocamento de usuários do Caps no território. A circulação do “doente mental” não é, portanto, totalmente livre. Há negociação velada entre família e “comunidade” sobre em quais espaços sociais essa pessoa “doente” será aceita. Elaborando de outro modo, a negociação envolve a determinação de quais riscos a “comunidade” aceita ou não correr quando está em questão a circulação do “doente mental”.

Um dos mecanismos dessa suposta negociação, que em muitos casos configura-se como coerção, é a estigmatização. Há diversos relatos de usuários do Caps sobre o estigma e preconceito que sofrem, até porque a experiência da atenção

psicossocial é bastante recente nesse município, portanto, ainda desacreditada e incompreendida por muitas pessoas.

Os usuários relataram que, ao circularem pela cidade ou por seus bairros - muitas vezes no trajeto diário ao Caps -, são chamados de “psicopatas”, “doidos” etc. Uma frase dita por um usuário retratou de forma bastante clara esse conflito relacionado à circulação do “doente mental” pelo território: É fácil ficar perto de quem é normal.

Quanto a essa questão, o relato das profissionais do Caps entrevistadas dissecou completamente a noção de periculosidade atribuída aos “doentes mentais”, revelando sua vinculação à ideia de risco como perigo. *Eles [a comunidade] têm medo do paciente (E2).*

eles encontram dificuldade nesse ônibus que tem no município, [...] quando eles entram no ônibus, mesmo sendo idosos, o motorista manda sair. Eles não querem porque sabem que é um paciente psiquiátrico. [...] os outros passageiros não aceitaram a presença do paciente dentro do ônibus porque estavam correndo risco a vida deles e do motorista. Eles são excluídos, né? (E1)

A empresa de ônibus é privada e dispõe de concessão para prestar serviço público, de forma que o relato aponta claramente a negação de direitos de cidadania, de ir e vir, e de usufruir de forma equânime de serviços públicos, negados nesse contexto aos usuários do Caps.

À frente do elemento perturbante as organizações sociais erguem um muro contra quem eles acham diferente. A sociedade se autodefende com o chamado “bloqueio comunitário”. Dessa maneira, a comunidade se expropria da própria capacidade de cuidar e delega a experts a solução do assunto. (Venturini, 2010, p. 473)

O que é fundamental no contexto estudado é a desnaturalização da ideia de que já superamos, em nossos serviços de saúde mental, a lógica da periculosidade atribuída ao portador de transtornos mentais. Estamos distantes disso, de forma que o vocabulário próprio do risco como perigo faz-se

presente nos discursos dos sujeitos da pesquisa, perpetuando interdições, coações e exclusões. E mais: permite que a “comunidade” estabeleça suas sanções normalizadoras em função de minimizar os riscos decorrentes da circulação do “doente mental”.

Muitos usuários, diante dos estigmas que os acompanham persistentemente – pois muitos foram tratados durante anos em hospitais psiquiátricos –, preferem restringir-se ao espaço familiar, evitando que rejeições amplifiquem seu sofrimento, tantas vezes já grande e profundo. “Uma vez dentro do catálogo dos loucos, o círculo se fechou ante qualquer argumento. Em seu lugar se disporá uma prática de vida tutelada que com dificuldade poderá escapar de uma vigilância moralizadora” (Martínez-Hernández, 2012, p. 7).

A autonomia de decidir por onde gostaria de circular é limitada. Mais de uma vez constatamos o dispositivo da segurança operando, de forma que o confinamento deixou de se dar pela internação hospitalar involuntária para se efetivar pela restrição ao espaço domiciliar, pela impossibilidade de transitar com autonomia num território que, embora aberto, possui autorregulamentações intrínsecas. Essas regulamentações aproximam-se bastante do modelo disciplinar de controle da circulação aplicado à peste, conforme discute Foucault (2008, 2010).

A esse importante processo histórico, o autor denominou de “invenção das tecnologias positivas de poder”.

Passou-se de uma tecnologia de poder que expulsa, exclui, marginaliza e reprime (que produz efeitos negativos, portanto), como o modelo da lepra, para uma tecnologia de poder que age pela inclusão densa e analítica dos elementos, que não age pela separação de grandes massas confusas, mas por distribuição, obedecendo a critérios de individualidades diferenciais.

Desde a instituição da normalização disciplinar no século XVIII, o poder funciona graças à formação de um saber, representado no dispositivo de segurança pelos saberes da estatística e da epidemiologia que, no contexto de nosso estudo, apresentam-se em relação transversal aos saberes-poderes da psiquiatria clássica (Foucault, 2008, 2010).

O capitalismo em rede produz novos mecanismos de exploração e de exclusão, de forma que ser

excluído, nesse novo contexto, é não ter o direito de estar em redes de vida num sentido mais amplo (Perlbart, 2003).

Apenas quando a construção de redes locais de cuidados comunitários de saúde mental se efetivar, buscando na contradição das relações sociais força para questionar, desconstruir e reconstruir valores e micropoderes implicados na constituição de nossa subjetividade; apenas quando buscarmos força para correr riscos e investirmos na produção de redes de vida baseadas na celebração de alianças de solidariedade (Yasui, 2010) é que o cuidado poderá transcender o fazer viver e o deixar morrer, caracterizado enquanto componente do dispositivo de segurança, como estratégia de controle das populações.

Um psicótico [...] é uma pessoa que, num momento, devido a uma experiência de sofrimento, não tem mais a capacidade de produzir um sentido e a comunidade não suporta isso. No momento em que você cessa de ser produtor de algo, no momento em que diz: não aguento, não estou em condições de produzir nada, é rejeitado pela comunidade. (Saraceno, 1998, p. 31)

Da mesma forma, no contexto de nossa pesquisa, percebemos grande dificuldade de situar a “comunidade” como participante efetiva da rede de cuidados em saúde mental, por isso inserimos essa terminologia entre aspas, no sentido de chamar atenção para a necessidade de melhor estudar as relações entre produção de cuidados e território, pois nos parece ser uma importante lacuna no desenho em rede que almejamos alcançar para a Raps, a partir do que preconizam os instrumentos normativos da política brasileira de saúde mental (Barbosa; Caponi; Verdi, 2016).

Considerações finais

A noção de cuidado em saúde mental, desde a década de 1990, anuncia a renovação das práticas técnico-assistenciais na direção apontada pelo movimento de luta antimanicomial, e de restituição do estatuto de sujeito jurídico-político à pessoa em sofrimento psíquico. A política de saúde mental, por

sua vez, avançou na estruturação de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos, que deslocou o cuidado das instituições de características asilares para redes comunitárias de abrangência territorial e intersetoriais, pressupondo práticas que se distanciam da medicalização dos sofrimentos cotidianos.

No entanto, no campo das práticas de cuidado no contexto estudado, a persistência da noção de periculosidade atribuída à pessoa em sofrimento psíquico aponta para um processo complexo de manutenção de concepções estigmatizantes sobre o adoecimento mental.

Na análise das relações de cuidado entre profissionais de saúde, comunidade, familiares e usuários do Caps, pode-se constatar a centralidade que o tratamento medicamentoso adquire no processo de atenção psicossocial, bem como a existência de circuitos permitidos e não permitidos pela própria comunidade, que passa a regular a circulação no território. Nesse contexto, em que a pessoa em sofrimento mental não é aceita por sua família e comunidade, fica clara a vinculação das práticas de cuidado a práticas de medicalização do sofrimento psíquico humano e de medicamentação.

A convivência de conceitos que poderiam ser considerados de algum modo contraditórios ou antagônicos, como os de cuidado e de risco como perigo, enseja uma vigilância epistêmica ante a persistência de práticas disciplinares no dispositivo de saúde mental contemporâneo.

Para a superação desse paradoxo, faz-se necessário investir no desenvolvimento de uma clínica ampliada, que contribua para uma nova compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como para a invenção de práticas de cuidado, consoantes às proposições da política de saúde mental e de acordo com as singularidades de cada território e da configuração das redes de atenção psicossocial.

Referências

AMORIM, A. K. M. A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009.

BARBOSA, V. F. B.; CAPONI, S. N. C.; VERDI, M. I. M. Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 20, n. 59, p. 917-928, 2016.

BARBOSA, V. F. B. et al. O papel da atenção primária de saúde na constituição das redes de cuidado em saúde mental. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 659-668, 2017.

BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F.; SILVA, A. L. A. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, p. 815-819, dez. 2007. Número especial.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

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). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 21 maio 2013. Seção 1, p. 37-38. Disponível em: <<https://goo.gl/FzHzPP>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

COSTA-ROSA, A. *Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na saúde coletiva*. São Paulo: Editora Unesp; 2013. p. 55-78.

DORON, C. O. O espaço da psiquiatria nos dispositivos de segurança na França. *Cadernos de Pesquisa Interdisciplinar em Ciências Humanas*, Florianópolis, v. 15, n. 107, p. 7-28, 2014.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: FOUCAULT, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 2005. p. 285-315.

FOUCAULT, M. *Segurança, território e população*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 38. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: informações territoriais*. Brasília: IBGE, 2010.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. Fora de cena: a loucura, o obscuro e o senso comum. *Interthesis*, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 1-19, 2012.

MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. *Análise textual discursiva*. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2011.

PERLBART, P. P. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

ROSA, B. P. G. D.; WINOGRAD, M. Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade. *Psicologia e Sociedade*, Belo Horizonte, v. 23, p. 37-44, 2011. Número especial.

SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, 1998.

SCHNEIDER, A. R. S. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 2, n. 2, p. 78-84, 2009.

VENTURINI, E. "O caminho dos cantos": morar e intersetorialidade na saúde mental. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 3, p. 471-480, 2010.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Contribuição das autoras

Barbosa, Caponi e Verdi participaram da concepção do estudo e revisão final do artigo. Barbosa realizou a coleta e análise dos dados e redação do manuscrito.

Recebido: 30/03/2017

Reapresentado: 06/11/2017

Aprovado: 11/01/2018