

Um breve percurso na prática de inserção social em um centro de atenção psicossocial – CAPS na Bahia

A Brief Overview of Social Inclusion Practice in a Psycho-social Care Center (CAPS) in Bahia

Un curso corto de la inclusión social de practicar en un centro de atención psicossocial - CAPS en Bahia

Antonia Vieira Santos

Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA, Brasil.

Herbert Toledo Martins

Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas, BA, Brasil.

Resumo

Esse trabalho é resultado de uma pesquisa de mestrado que teve como objetivo apreender os modos de construção da inserção social no cotidiano de sujeitos em sofrimento psíquico a partir dos discursos dos profissionais do CAPS I Ana Nery na cidade de Cachoeira/BA. Para tanto, foi lançada mão de um estudo de caso com entrevistas semiestruturadas, efetivando uma pesquisa qualitativa. Para análise das falas fez-se uso da Análise do discurso de Pêcheux. Os resultados e discussões estão apresentados em quatro categorias de análise: os ‘nós’ no processo de inserção social de usuários do dispositivo de saúde mental, CAPS; CAPS: tecendo inserção social nas malhas da cidade; ações de contratualidade na saúde mental e; corresponsabilização: equipe técnica e familiares de usuários de CAPS na promoção de inserção social. A discussão que intercala essas categorias promove a leitura para uma possível inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, visando a efetivação da política de desinstitucionalização no movimento antimanicomial. A pesquisa nos leva a constatar os desafios que se apresentam ao processo de inserção social para usuários de CAPS e as agonias e lutas que esse dispositivo de desinstitucionalização enfrenta cotidianamente para sustentar as ideias antimanicomiais em suas práticas.

Palavra-chave: Saúde Mental; Inserção Social; Desinstitucionalização.

Abstract

This paper is the result of a Master's level research seeking to understand the construction of modes of social inclusion in the quotidian of individuals suffering psychological distress. Based on professional practitioners' reports from the Ana Nery Psycho-social Care Center (CAPS) in the city of Cachoeira in the state of Bahia, this case study uses semi-structured interviews to carry out a qualitative research. The analysis of the spoken texts makes use of Pêcheux speech analysis. The results and discussions are presented under four categories: the 'knots' within the social integration process of psycho-social care in CAPS; weaving social inclusion into urban meshes through CAPS; contractuality in mental health; and, co-responsibility: the role of technical staff and CAPS users' families in promoting social inclusion. The discussion running through these categories promotes a reading towards the possible social inclusion of individuals in psychological distress, aimed at the realization of a policy of deinstitutionalization within the anti-asylum movement. The research acknowledges the challenges facing the social inclusion process facing CAPS users and the agonies and struggles the dispositif of deinstitutionalization takes on every day to sustain anti-asylum initiatives within its practices.

Keywords: Mental Health; Social Inclusion; Deinstitutionalization.

Resumen

Este trabajo es el resultado de una investigación de maestría objetivo de aprender los modos de construcción de la inclusión social en la vida cotidiana de los individuos en la angustia psicológica de los discursos de los profesionales CAPS I Ana Nery en la ciudad de Cachoeira / BA. Así, se puso en marcha la mano de un estudio de caso con entrevistas semiestructuradas, efectuando una investigación cualitativa. Para el análisis de los discursos se hizo uso de análisis de voz Pêcheux. Los resultados y las discusiones se presentan en cuatro categorías de análisis: el "nosotros" en el proceso de integración social de los usuarios del CAPS de dispositivos de salud mental; CAPS: tejiendo la inclusión social en las mallas de la ciudad; contractualidad acciones sobre la salud mental y; co-responsabilidad: personal técnico y CAPS usuarios de la familia en la promoción de la inclusión social. La discusión que se intercala estas categorías promueve la lectura para una posible inclusión social de las personas en los trastornos psicológicos, destinado a la realización de la política de desinstitucionalización en el

movimiento anti-asilo. La investigación nos lleva a señalar los desafíos que enfrenta el proceso de inclusión social para los usuarios de los casquillos y las agonías y luchas que se enfrenta a diario dispositivo de desinstitucionalización para sostener antimanicomiais ideas en sus prácticas.

Palabras clave: Salud Mental; La Inclusión Social; Desinstitucionalización.

Saúde mental na atualidade é uma expressão que denota um campo de saber e de prática que agrega significados que perpassam por todo um processo que ainda hoje se faz contínuo, o do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA). Esse movimento social iniciado no decorrer da década de 1970 trouxe para o cenário nacional a discussão sobre a loucura, fenômeno que a sociedade por séculos tratou com isolamento, violência e abandono. (Amarante, 1995; Foucault, 1996 Tenório, 2002).

Por séculos, o fenômeno da loucura foi objeto do saber científico, que via em seu aprisionamento e no uso da violência física e psíquica um modo de ‘tratamento’, produzindo assim, no corpo de quem a representava a perda de singularidade, a descrença em si mesmo enquanto sujeito de desejos e de direitos transformando pátios repletos de sujeitos em *eu mortificados* (Foucault, 2005; Goffman, 2005).

As transformações no campo da saúde mental – que se fazem contínua –

recebem a marca da desinstitucionalização certificada pela Lei 10.216/01, que prevê uma nova abordagem na lida com a saúde mental no território, lugar de cuidado para quem sofre psiquicamente em detrimento dos hospitais psiquiátricos que ainda existem no país. Desse modo, “desinstitucionalizar compreende não somente desmontar o manicômio, mas, sobretudo, as práticas que secularmente foram exercidas sobre o louco” (Babinski; Hirdes, 2004, p. 02).

Com isso, o MNLA se constitui em um processo cotidiano que vai além da discussão sobre a assistência psiquiátrica *in loco*, mas objetiva a construção de *outro lugar social* para a ‘loucura’. A respeito desse *lugar*, Amarante (1999, p. 49) o especifica como um “lugar social que não seja o da doença, anormalidade, periculosidade, irresponsabilidade, insensatez, incompetência, incapacidade, defeito, erro, enfim, ausência de obra”.

As mudanças, portanto, não se restringem ao lugar de cuidado, mas

também ao modo de organização das equipes cuidadoras desses sujeitos. Essas foram iniciativas fundamentais para a substituição do modelo de tratamento estritamente biomédico, farmacológico, centralizado e hospitalocêntrico para outro modelo que tem como base o empoderamento dos sujeitos, e que aposta em autonomia e contratualidade investindo em uma prática realizada entre muitos, como operadora de vicissitudes e transferências.

Na perspectiva de construção desse outro lugar social para a loucura, é que foram construídos os serviços substitutivos enquanto dispositivos de saúde mental; agora dotados de tecnologias para a reflexão e o construir cotidiano no território de outras possibilidades para a desinstitucionalização acontecer de forma integrada.

Apostando na integralidade das ações de atenção à saúde mental, a portaria MS 3088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como um dispositivo fortalecedor e corresponsável nas ações de desinstitucionalização da loucura no território. No processo de reorganização estrutural dos serviços de atenção a sujeitos em sofrimento psíquico, as

RAPS desempenham um papel importante no processo de trabalhar a inserção desses sujeitos; garantindo um funcionamento ético, mas que também é político, ao colocar o CAPS na rede, o que toma a dimensão da produção de subjetividade em ato, sustentado pela micropolítica da contratualidade e do fortalecimento da autonomia. Nesse sentido;

A contratualidade do usuário, primeiramente, vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem. Se esses podem usar seu poder para aumentar o poder do usuário ou não. Depois pela capacidade de se elaborar projetos, isto é, ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida, de modo que a subjetividade do usuário possa enriquecer-se, assim como, para que as abordagens terapêuticas específicas possam contextualizar-se (Kinochita, 2001, p. 56).

A construção do poder de contratualidade, em uma parceria entre comunidade, profissionais e usuários do CAPS, potencializa a autonomia dos sujeitos, usuários do serviço, empoderando os mesmos para as relações estabelecidas na sociedade. Assim, na saúde mental *a autonomia frequentemente é considerada o que mais de importante o processo de*

tratamento tem a produzir, e não existe um profissional especialista na produção dessa intervenção, todos os membros da equipe podem ser levados a trabalhar com essa ideia, sendo a mesma uma função coletiva (Leal, 2001, p.70 apud Alvarenga e Dimenstein 2005, p. 56).

Nesse sentido, a desinstitucionalização e a inserção social tomam-se uma *dimensão estratégica* nos CAPS, lugar de novas tecnologias de intervenção para questionar a exclusão e inventar caminhos que produzam outro imaginário social sobre a loucura e o circular de seus usuários pelas malhas da cidade (Alkimim, 2000).

Nesta perspectiva, buscamos nesse artigo apresentar e discutir algumas contribuições provenientes de uma pesquisa de mestrado acerca do tema da inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, usuários de um serviço de saúde mental. A pesquisa realizada teve como objetivo compreender os modos de construção da inserção social no cotidiano de sujeitos em sofrimento psíquico a partir dos discursos dos profissionais de um CAPS I.

De início cabe ressaltar que a problemática aqui tratada; encontra-se

atrelada a um dos desafios enfrentados atualmente pelo Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), que é o risco da institucionalização e cronificação das relações nos serviços substitutivos de atenção à saúde mental, lugares pensados para a desinstitucionalização e promoção de inserção social.

A vida cotidiana nos serviços de saúde mental tem possibilitado aos trabalhadores reflexões diversas sobre o fantasma da (re)institucionalização que ameaça os ideais da Reforma Psiquiátrica - Lei 10.216/01. Esse risco se faz presente na Rede e requer posicionamentos éticos e políticos, perpassando por uma prática efetiva no cotidiano do serviço com espaço para reflexão e discussão em prol de investimentos para a inserção social acontecer.

Esse artigo encontra-se organizado em quatro seções, contando nessa primeira seção com a introdução. Na segunda seção, aborda-se a construção metodológica do estudo com ênfase no percurso da pesquisa. Na terceira seção, procede-se à análise e discussão dos dados da investigação a partir da construção de quatro categorias de análise: (1) os 'nós' no processo de inserção social de usuários

do dispositivo de saúde mental, CAPS; (2) CAPS: tecendo inserção social nas malhas da cidade; (3) ações de contratualidade na saúde mental e; (4) corresponsabilização: equipe técnica e familiares de usuários de CAPS na promoção de inserção social. Na quarta seção, serão apresentadas as considerações finais.

Protagonizando um percurso: a construção metodológica

Esse trabalho se configurou em uma pesquisa qualitativa, assim, a ênfase na seleção dos entrevistados no CAPS não foi dada na representatividade numérica dos profissionais, mas sim nas possibilidades de aprofundamento, abrangência e compreensão da problematização.

Para apreensão dos significados do objeto que esteve em estudo, a categoria escolhida de pesquisa qualitativa foi o estudo de caso. Os levantamentos dos dados se deram considerando para seu processo: observação participante, registro das impressões em diário de campo e entrevistas semiestruturadas individuais com permissão expressa dos sujeitos para uso de aparelho de áudio.

A pesquisa foi realizada em um CAPS na Cidade de Cachoeira, localizada na Região do Recôncavo na Bahia. Esse CAPS funciona na modalidade de CAPS I, de acordo a portaria MS 366/02. Os sujeitos desse estudo constituíram-se da equipe de trabalhadores desse serviço que é formada apenas por mulheres: duas enfermeiras, uma médica, uma assistente social, uma educadora física, uma pedagoga e uma psicóloga. Desse modo, a pesquisa abrangeu todas as profissionais de nível superior da equipe multiprofissional desse serviço de saúde mental.

Os discursos das profissionais pesquisadas aparecem identificados pela letra 'P', que corresponde à palavra 'profissional', e seguindo de uma numeração variando entre um e sete, números correspondentes aos profissionais entrevistados. A numeração foi dada aleatoriamente a partir da ordem de cada transcrição. A identificação do profissional pela sequência numérica só é feita pelo pesquisador.

A partir da transcrição do áudio das entrevistas se iniciou a análise dos dados considerando-se para tal, o método da Análise do Discurso (AD) de Michel Pêcheux visando problematizar

o campo efetivo de possibilidades que se apresentam ao sujeito em sofrimento psíquico em seu processo de inserção social.

A realização da AD exige a atenção do pesquisador no momento da captação dos discursos dos entrevistados, assim como do registro desse discurso, além de uma leitura exaustiva desse material falado e transcrito nas entrevistas. Essa exploração do material falado, ou seja, a análise profunda será o momento de compreensão das construções e categorias emergentes do jogo de intersubjetividade e objetividades dadas no discurso. Considerando, segundo Orlandi (2011) que os discursos são envoltos de traços ideológicos, culturais, históricos e linguísticos.

Desse modo, esse método de análise se constituiu o facilitador no processo de significação e categorização dos discursos dos participantes dessa pesquisa. Essa pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, com parecer sob o número 211.027.

Um modo possível de análise e discussão da inserção social

Os dados, fruto da problematização da inserção social no CAPS pesquisado, mostraram a possibilidade de efetivar a discussão desse trabalho a partir da construção de categorias de análise, isto é, das questões que aparecem no material falado e como os pesquisados se posicionam frente a eles. Assim, para articular os resultados encontrados apresentamos aqui, esses de forma breve e em quatro categorias: (1) os ‘nós’ no processo de inserção social de usuários do dispositivo de saúde mental, CAPS; (2) CAPS: tecendo inserção social nas malhas da cidade; (3) ações de contratualidade na saúde mental e; (4) corresponsabilização: equipe técnica e familiares de usuários de CAPS na promoção de inserção social.

Para a escolha das categorias foi dada atenção na ênfase dos discursos dos trabalhadores desse serviço, e no centramento de suas ações voltadas para o acompanhamento dos sujeitos em sofrimento psíquico nos cenários da vida cotidiana, pensando nos investimentos na construção de vínculo, ampliação das redes sociais e de

autonomia, promoção de cidadania, contratualidade e inserção social.

Os ‘nós’ no processo de inserção social de usuários do dispositivo de saúde mental, CAPS.

Os sujeitos participantes dessa pesquisa trazem em seus discursos, a ideia do preconceito em relação à loucura como um dos dificultadores do processo de inserção social. Para esses profissionais, o imaginário social sobre a loucura guarda traços de ideias sobre a loucura construídas no século XIX. Esses traços ainda causam repulsa na sociedade na interação com a loucura nas relações cotidianas.

Em relação aos usuários do CAPS a sociedade tem muito preconceito. Eles não abrem os braços para os meninos. Os meninos passam e eles fazem críticas, que é bullying. Então parece assim só o mundo do CAPS, parece que a gente do CAPS vive em um outro mundo, Não o da sociedade, somos seres estranhos para a sociedade. (P7).

A comunidade é preconceituosa? A gente, quando vai para rua, a gente percebe os olhares, as pessoas se afastam, olham estranho, um olhar de desconfiança, medo mesmo. (P1).

Para essas profissionais a sociedade reproduz nos contatos com os usuários do serviço de saúde mental do município estereótipos sobre a loucura que pesam sobre os sujeitos em sofrimento psíquico e que estão em processo de inserção social.

As relações estabelecidas entre sociedade e usuários do CAPS nos encontros cotidianos pela cidade precisam ser repensadas e investimentos em contratualidade firmados, pois esses desencontros podem favorecer uma possível prática institucionalizadora nos CAPS, ambiente projetado para a construção da desinstitucionalização.

Entendemos que para o bom andamento do processo de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico, o estigma é uma das variáveis que influenciam negativamente na superação das antigas práticas manicomiais. De acordo com Leão e Barros (2011, p.142).

O estigma [...] ele é uma das barreiras tanto para a realização das trocas sociais e a vinculação do indivíduo numa rede de sociabilidade, quanto para a inserção no trabalho, visto que a periculosidade, a improdutividade e a incapacidade são estigmas, em torno de pessoas com transtornos mentais, fortemente presentes no imaginário

social, marcado por uma cultura de exclusão e de intolerância.

Da análise do discurso das profissionais e da vivência no campo de pesquisa foi possível identificar a necessidade de investimentos em uma prática social no CAPS que desconstrua conceitos tradicionais no trato com a loucura e se invista em valorização de vínculo, afetividade, compromisso, subjetividade e responsabilização. Uma prática que não se restrinja aos entre muros dos CAPS, mas que circule pela comunidade, possibilitando a construção de outro imaginário social sobre a loucura sem espaços para estereótipos.

O que impressiona é que as possibilidades de circulação desses sujeitos na cidade ainda se encontram comprometidas, mesmos com os avanços da política de saúde mental e da implantação de seus dispositivos substitutivos às práticas manicomiais como afirma as seguintes profissionais.

Há uma dificuldade de entrarmos em alguns espaços quando as coisas estão acontecendo, né? E às vezes espaços até que não deveriam nos rejeitar, porque são pessoas de cabeças pensantes que sabem que os usuários do CAPS têm direitos, mas essas pessoas, que nos fecham as portas têm

aquele preconceito, o preconceito é mais forte, não vêem o sujeito que está em sua frente, mas aquele rótulo que a loucura traz que não quer se soltar, aquele estigma ainda, aquele ranço. (P5).

Às vezes as pessoas nas ruas ficam meio receosas quando passamos, entramos em algum ambiente, eles ficam um pouco com medo dos usuários do CAPS serem agressivos, essa é a imagem que eles têm da loucura. (P3).

Tomado dessa maneira os discursos dos profissionais que acompanham cotidianamente usuários desse CAPS, percebemos que os estigmas sobre a loucura trazem prejuízos à construção de vínculo e de autonomia, fatores essenciais para a inserção social desse sujeito. A sociedade não reconhece a alteridade do outro, principalmente quando nessa alteridade está em jogo a loucura.

O diferente é estranho, a sociedade exclui, não aceita, não quer. Assim, a comunidade ela aceita, mas como se fosse algo diferente, entendeu? Não como fazendo parte dessa sociedade. Não sei se você está entendendo o que estou dizendo! É assim, é um olhar para o exótico, para um diferente que só cabe nesse mundo no lugar do exótico. (P2).

Essa profissional esboça uma análise de seu cotidiano com os usuários do CAPS que não se diferencia da análise das demais profissionais, ou seja, do modo como esses sujeitos são percebidos nos contatos na comunidade. É preciso dizer então, que a sociedade para desconstruir seus ‘manicômios mentais’ precisa reestruturar seu imaginário social, *pensar, propor, sustentar formas de contrato social nos quais não seja mortífera a presença da loucura*. A loucura necessita de espaço de relação, da produção de alargamentos na cultura para fazer caber o sujeito em sua alteridade nos contratos sociais (LOBOSQUE, 1997, p.23).

CAPS: tecendo a inserção social nas malhas da cidade

No que tange a articulação da Rede de Saúde no município é consenso na equipe de profissionais pesquisada que essa tecnologia no município ainda se constitui em um processo em início de construção, enfrenta diversas dificuldades e exige compromisso e comprometimento dos profissionais e da gestão. A equipe reconhece ainda, a urgência de investimentos para a potencialização da RAPS no território

visando o fortalecimento das ações de inserção social de sujeitos em sofrimento psíquico.

A rede, eu digo para as colegas nas reuniões que essa rede está furada, não funciona, não oferece contrapartida. Assim, a gente não está em uma rede, de dar e oferecer suporte, e ter interação, corresponsabilização no cuidado, assim, de estar encaminhando, de estar recebendo retorno. A gente nunca tem esse retorno. As articulações aqui são poucas. (P1).

Eu acredito que o CAPS é um serviço para atender a parte psíquica, cuidar da saúde mental, mas agora a parte física é com quem? Cadê a contrapartida dos outros serviços de saúde, colocar a Rede para funcionar é uma maneira de incluir. Tem vezes que a própria equipe de trabalho, equipe de saúde ainda não aceita, não atende, imagine a sociedade como todo, o que faz? (P4).

A compreensão das profissionais mostra que essas reconhecem o quanto é importante a articulação entre CAPS e demais serviços que se encontram disponíveis na Rede de Saúde, como possibilitadores de deslizamento dos usuários da saúde mental por diversos serviços, desde que desses necessitem.

As profissionais apontam dificuldades na articulação com a Rede, colocando a ausência de entendimento

pelos serviços como um desafio para o advir do descentramento do cuidado de sujeitos em sofrimento psíquico, que esta sendo feito apenas no CAPS. A equipe considera esse um desafio a ser superado para que a Rede possa se construir efetivamente e os usuários do CAPS possam encontrar estrutura para o desenlace de cuidados compartilhados em diferentes serviços.

Tem muita coisa que precisa ser feita. Precisa ainda ter muita sensibilidade para algumas questões na Rede. Os profissionais precisam ter muito comprometimento ainda no lidar, no cuidado do sujeito que não é mais número de leito, não é o paciente tal, é o usuário do serviço de saúde e precisa se investir. (P5).

Para sustentar a ideia apresentada pela profissional acima a equipe considera como meta importante a efetivação da RAPS, sendo essa ação facilitadora para que o sujeito em sofrimento psíquico possa receber efetivamente atenção em sua integralidade e as equipes possam sustentar estratégia para a construção e manutenção do cuidado articulado.

No que diz respeito à Saúde Mental, sabemos que uma rede bem articulada com coordenação entre os serviços e

garantias de continuidade de cuidados necessitam de integração em todos os âmbitos da saúde, incluídas as atenções primárias, secundárias e terciárias e articulação com as redes de caráter social, educativo, ocupacional, redes de cuidados informais, grupos de autoajuda, envolvendo usuários, seus familiares e as comunidades (Dimenstein; Lima; Macedo, 2013, p. 39).

Investimentos na articulação entre serviços facilitam a construção de uma visão mais comprometida dos profissionais sobre as questões apresentadas pelos sujeitos que procuram esses serviços. Facilita também, a entrada, escuta e acompanhamento desses sujeitos nos serviços articulados e os empodera para reivindicar acesso e cuidado de qualidade na Rede.

A ausência de uma Rede articulada e disposta a sustentar o circular desses sujeitos produz no CAPS o lugar único de atenção. É necessário que esses usuários do serviço de saúde mental sejam vistos e atendidos em suas singularidades, como também, nas especificidades de cada instituição que porventura venham a circular. Não é interessante que o CAPS se construa enquanto único *lócus* de circulação do sujeito em sofrimento psíquico.

Esse sempre foi um questionamento meu, uma cobrança. A gente tem que ter esse fluxo, a gente tem que ter essas referências e contra referências. Mas não existe! Na prática não existe. Paciente meu se for no hospital com dor de barriga, tem tudo para mandarem para cá [CAPS]. Se um paciente meu aqui, deixa eu ver... uma diarreia, tem tudo para o clínico mandar para mim, para eu tratar a diarreia. Então temos que tratar. Quando eu sei que esse paciente vai ter uma dificuldade de conseguir chegar no clínico e esse clínico dar a atenção devida, eu sinceramente, que eu sei que é assim que funciona, eu trato (P6).

Eu acho que tudo começa pela conscientização, é necessário um trabalho de conscientização, do que é a saúde mental, qual sua proposta. Conquistar parceiros entende. A Atenção Básica verbaliza mesmo em reuniões, eventos, falas de exclusão, de não querer atender, de ter medo e achar que só o CAPS deve atender os sujeitos em sofrimento mental. Então, acho assim, que é preciso fazer um trabalho de conscientizar sobre qual é a função do CAPS e até onde ele pode ir, entende? O que é que a gente pode dar conta sozinho e quando precisamos de suporte da Rede (P2).

A equipe sente a necessidade de articular suas ações com outros dispositivos de cuidado por meio da

vinculação com outros serviços, o que possivelmente resultará em maior resolutividade de suas ações e construção da Rede. No entanto, falta um direcionamento que em alguns casos, não diz de conhecimento teórico e prático, mas diz da ausência de desejo pela prática na saúde mental que recai diretamente na ausência de apostas em um invento cotidiano que a mesma exige.

Não poderemos perder de vista que depender unicamente do CAPS fragiliza a autonomia do usuário. Autonomia no sentido usado por Kinoshita (2001) que não pode ser confundida com independência total, mas como capacidade dos usuários organizarem sua vida e conseguirem possibilidades de manejo frente a diversidades que se apresentam no cotidiano.

Ações de contratualidade na saúde mental

Dada à especificidade do trabalho em saúde mental, a equipe do CAPS lança mão de algumas tecnologias importantes no manejo cotidiano no serviço com os usuários, com destaque para a inscrição de: (1) grupos de orientação (saúde,

sexualidade, direitos, medicação e redução de danos); (2) atendimentos individuais, (3) grupos terapêuticos (para usuários e familiares); (4) oficinas expressivas (desenho, pintura e música); (5) oficinas psicopedagógicas; (6) oficinas de artesanatos; (7) assembléias; (8) oficinas extramuros (expressão corporal, expressivo-comunicativas, livres, etc.) e (9) visitas domiciliares.

A construção de ações plurais, nos serviços de saúde mental, serve ao campo da inserção social ao favorecer a invenção de novos saberes e novas práticas voltados para o fortalecimento da contratualidade dos sujeitos em sofrimento psíquico. Tal investida se dá através da produção de fazeres que incidem na construção de autonomia e empoderamento. Gerando, dessa forma, investimentos nas relações com a comunidade, ampliando de forma gradual e contínua o circular dos sujeitos da saúde mental na cidade.

Promover um intenso investimento humano, cuidado com o investimento humano, em prol das necessidades do sujeito que está em crise ou desse sujeito psicótico no mundo, e ver o que a gente pode fazer, através desse investimento, para produzir uma mudança em sua qualidade de vida, em sua posição no mundo, em sua

liberdade (Oliveira; Mota, 2007 p.69 apud Lima; Jucá; Nunes, 2010, p. 282).

Por sua vez, ganha sentido a construção de estratégias para a realização de atividades extramuros do CAPS. Atividades articuladas para acontecer no território, em parceria usuários – profissionais - comunidade produzindo assim, promoção de atividades expressivas e comunitárias. Essas atividades aparecem nos discursos da equipe como facilitadora de relações com moradores da comunidade o que potencializa a troca de afetação. Desse modo, essas estratégias se constituem como promotoras de novos lugares sociais e de inserção social do sujeito em sofrimento psíquico no campo social e da cultura, ampliando a operacionalização do CAPS (Lima; Jucá; Nunes, 2010).

As atividades realizadas na rua, extramuros para mim são as maiores em incidência no processo de inserção social e as mais gostosas, por possibilitar trocas com a comunidade. Então, eu busco participar com eles de diversas atividades em lugares diversos e possibilitar incluí-los na sociedade. Eles precisam se sentir capazes, gente, fortalecidos e tudo que a gente é convidado, tudo que tem em mural, em propaganda eu estou lá com eles. Mesmo que quem nos atenda não esteja

gostando da companhia. Que às vezes a gente encontra bico, caretas, não entende. (P5)

Sempre que a gente pode, vamos à exposição no museu, participamos de atividades culturais em praça pública, festas populares e tradicionais na cidade; vamos para algumas palestras na Universidade que a gente tem aqui como parceira muito forte. Às vezes participamos de atividades em cidades vizinhas. (P2)

A articulação das ações do CAPS, com recursos do território são iniciativas importantes realizadas pelos profissionais. Pois, usar como estratégia de circulação no campo social as opções que a comunidade oferece, é um modo de presentificar o CAPS e a saúde mental nesses eventos e na comunidade. No entanto, essas ações devem visar à produção de novas possibilidades de trocas de afeto, investimentos em autonomia e o exercício da cidadania.

Manejar essas situações, vendo nelas modos de construir intervenções no território é uma forma de redimensionar as relações da comunidade com a loucura, direcionando a sociedade para a construção de outro imaginário social sobre o fenômeno da loucura.

As atividades desenvolvidas no CAPS, dentro de seus muros, também são estratégias importantes, pois podem favorecer o empoderamento de seus usuários para o enfretoamento da sociedade, promover sociabilidade, autonomia e vivências diversas produtoras de subjetividade.

Geralmente eu trabalho mais o lado do Direito. Procurando sempre discutir com eles seus direitos, mas também seus deveres, o convívio na sociedade, a relação com o preconceito e a cidadania. (P1).

Eu trabalho com grupos terapêuticos. Faço também atendimento individual com alguns usuários aqui no CAP, reunião de família, visita domiciliar e assembléia de usuários. (P2).

Os discursos dessas entrevistadas trazem o relato de atividades realizadas dentro do CAPS que funcionam como dispositivos coletivos potencializadores, tanto no reconhecimento de direitos dos usuários quanto de deveres e de sua posição na sociedade.

As atividades construídas para acontecer no território possuem grandes destaques no processo de inserção social no campo da saúde mental. No entanto, as atividades que não ganham

as ruas, sendo realizadas no intramuros dos CAPS, desde que com ética e reflexão também são propícias à prática da socialização. Ressaltamos que as atividades realizadas em CAPS, de acordo com Lima, Jucá e Nunes (2010, P. 286).

[...] quando devidamente utilizadas e acompanhadas por uma reflexão teórica e ética, as mesmas podem ser grandes facilitadoras no caminho para os objetivos almejados, de modo especial, o da desinstitucionalização que nos coloca frente ao desafio de criar outro lugar para a loucura.

As assembléias, enquanto atividades desenvolvidas no CAPS se constituem estratégias potentes de protagonismo dos usuários, no entanto, se deve ficar atento às diversidades de contornos metodológicos que cada serviço de saúde mental oportuniza para esse dispositivo, ou seja, qual voz se escuta nesse lugar.

Cada atividade desenvolvida constrói uma trajetória e uma finalidade. Enfatizamos assim, a importância das atividades realizadas no intramuros do CAPS, contudo acreditamos e pontuamos que para a potencialização da inserção social se valoriza as atividades que são direcionadas ao território, ou seja, as extramuros, de

modo a fortalecer as ações de desinstitucionalização.

Essa questão toca em ponto, que não poderemos perder de vista, que diz da reflexão sobre a função do CAPS enquanto dispositivo de desinstitucionalização e consequentemente de inserção social. Esse elemento merece atenção, pois exige manejo da equipe de profissionais frente aos impasses daí decorrentes.

Até que ponto a gente tem conseguido inserir eles na sociedade? Até que ponto a gente está conseguindo quebrar esse paradigma da exclusão ou esse olhar que é o diferente?. Até que ponto a gente não cria uma relação de dependência com eles. (P2).

Estamos mesmo trabalhando de modo a desinstitucionalizar, ou estamos institucionalizando? Olha o nível de dependência dessas pessoas ao CAPS! Quando vamos entrar em recesso, você precisa ver o desespero deles, é como se só tivesse ao CAPS. (P3).

De acordo com Barros (2003) a necessidade dos CAPS em garantir uma 'institucionalidade', não justifica que esses espaços trilhem o caminho da institucionalização cronificadora. Esse é um aspecto importante e que precisa ser discutido na equipe, principalmente frente à fragilização da Rede de Saúde

local e o lugar ocupado por esse serviço de saúde mental para seus usuários e comunidade.

Corresponsabilização: equipe técnica e familiares de usuários de CAPS na promoção de inserção social

O trabalho com família na saúde mental se constitui em uma estratégia complexa em sua dinâmica e manejo. O lidar dos trabalhadores do CAPS junto com familiares de sujeitos em sofrimento psíquico exige manejos diversos para a invenção de modos possíveis de corresponsabilização.

Esse trabalho exige também dos profissionais oferecer suporte para os familiares no serviço e no território, considerando para tanto, os desafios enfrentados subjetivamente, objetivamente e politicamente na relação cotidiana com a loucura.

Navarine e Hirdes (2008, p.687) afirmam que os profissionais no trabalho realizado no cotidiano de suas atividades nos CAPS *precisam envolver a família na assistência, compartilhar com ela os objetivos e metas, estabelecendo um diálogo efetivo que possa oferecer dados imprescindíveis ao delineamento de sua assistência.*

Para a efetivação dessa estratégia, se faz necessário a construção de vínculos entre usuários, familiares e profissionais do CAPS, esse último precisa assumir em suas estratégias de trabalho com os familiares uma posição facilitadora para a emergência da experiência subjetiva em detrimento de uma posição de autoridade e padronização de metas (Soalheiro, 2012).

Os profissionais do CAPS em questão reconhecem a importância dos familiares estarem próximos no compartilhamento de cuidado e em discussões sobre a vivência com a loucura.

Por que eu acho assim, que para dar certo o tratamento, as propostas da Reforma o paciente tem que entender, a família tem que entender o que está acontecendo, que proposta é essa, como acontece e para entender a família precisa estar próximo ao CAPS atuando junto, dando e recebendo suporte. (P6).

Os sujeitos participantes desse trabalho reconhecem a necessidade dos familiares apoiarem e assistirem a inserção social dos usuários do CAPS na sociedade. No entanto, a equipe coloca a necessidade de maiores investimentos em diálogos com esses

familiares, pois, é imprescindível que a família entenda o processo da reforma psiquiátrica e encontre no CAPS o apoio necessário para significar essa nova experiência com seu familiar em momentos de sofrimento psíquico intenso, se corresponsabilizando com o CAPS por esse cuidado intensivo. Pois, *o CAPS será uma referência para o paciente e sua família* (Goldberg, 1996, p.43).

De acordo com os profissionais, é necessário que se aposte na emancipação das relações com os familiares, que esses se sintam empoderados para a lida com a loucura no cotidiano.

Assim, é importante também no discurso dos entrevistados trabalharem a percepção dos familiares sobre os sujeitos em sofrimento psíquico, pois segundo os profissionais quando o olhar é de empoderamento, facilita o enfrentamento das adversidades sociais vivenciadas cotidianamente pelos usuários do serviço de saúde mental.

Eu acho que quando a família aceita, fala sobre o assunto, colabora no cuidado de seu familiar, empodera esse sujeito para vivências no cotidiano da cidade a sociedade começa a enxergar o paciente com outros olhos. Por que é a assistência em saúde mental é um

conjunto e a família tem que estar sempre presente e apoiando. (P1).

Durante a pesquisa constatamos pouca participação dos familiares nos projetos terapêuticos dos usuários no CAPS, assim como, a ausência desses familiares no serviço em momentos coletivos e individuais para compartilhamento de experiências, informações e acompanhamento corresponsabilizado de diversas situações que acontecem no cotidiano do serviço.

A família é ausente aqui no serviço. Ela não participa. Muitos não querem cuidar, ter a responsabilidade de cuidar daquele paciente que precisa. Alguns têm autonomia, mas têm outros que é importante o apoio da família, e não encontram esse apoio. (P2).

Para a construção de ações conjuntas, se faz necessárias abordagens para a construção de representações não estereotipadas, abertas e não estigmatizantes sobre a loucura. Sensibilizando e mobilizando assim, os familiares para o acompanhamento das mais variadas invenções e produções de projetos de vida, no CAPS e no território.

A reunião de família. Conseguimos o contato com a família também através da sala de espera, através dos dias de atendimento com o psiquiatra, por que eles geralmente levam para dizer como é que está o paciente. (P5).

Então assim é meio complicado trazer a família para compartilhar, ser parceira. Sempre nas reuniões, a gente tenta se vincular a família, mas assim, é uma coisa bem complicada mesmo, frágil. Estamos pensando até para o próximo ano a gente fazer um projeto que tenha como principal objetivo investir na aproximação com a família. (P7).

Outra atividade fortalecedora de vínculo realizada pela equipe são as ações de visitas domiciliares. A equipe sinaliza bons resultados com essa iniciativa, pois, possibilita a construção de vínculos com familiares e usuários que têm dificuldade ou resistência em frequentar o serviço. No entanto, a manutenção dessa atividade é dificultada pela ausência de transporte no serviço para sua realização.

A partir do que foi colocado pelas profissionais, fica a percepção que os membros da equipe sabem, cada uma à sua maneira, da importância de ter os familiares vinculados ao serviço; no entanto, as iniciativas não estão sendo suficientes para fazer do familiar um parceiro. A coletividade que se pretende

construir (equipe, familiar e comunidade) representa a construção de um modo de trabalho ainda tímido no serviço, mas com perspectivas de novos investimentos para vincular a família às atividades do serviço.

Considerações finais

O movimento nacional de luta antimanicomial tem se feito presente na sociedade de modo persistente, no entanto, sofrendo retaliações e ameaças ao processo que defende, o da desinstitucionalização. Os retrocessos na política antimanicomial permite a possibilidade do retorno do velho paradigma isolacionista, ação defendida por grupos com interesse na indústria da loucura.

Os serviços substitutivos ao modelo de exclusão, isolamento, cronificação e mortificação tem se mantido no território a duras lutas, com urgências em sua manutenção e aperfeiçoamento para a continuidade do processo.

No CAPS I Ana Nery na cidade de cachoeira na Bahia, local dessa pesquisa, fica notório o esforço da equipe na produção de significados nas atividades desenvolvidas, no intuito de promover inserção social e questionar o

risco da institucionalização no cotidiano do serviço.

Esse estar atento o tempo todo, essa luta constante por inserção social de outro imaginário social sobre a loucura exige profissionais ativistas nos serviços substitutivos, familiares e usuários adeptos à causa para fazer caber o serviço na comunidade e ressoar sua prática nas malhas da cidade, construindo redes.

Atuar na saúde mental requer afetação, luta por uma causa social e imaginação para construir um novo modo de lidar com a loucura, de modo que não esteja presente nenhum traço do modelo isolacionista.

Assim, a desinstitucionalização se faz um processo contínuo, no qual o CAPS I Ana Nery se engaja através de tecnologias diversas da saúde mental, para questionar essa ação e promover inserção social.

Referências

- Alvarenga, Alex Reinecke. Dimenstein, Magda. **A loucura interrompida nas malhas da subjetividade**. In: Archivos de saúde mental e atenção psicossocial, 2. Coordenação Paulo Amarante. Rio de Janeiro: Nau, 2005.
- Alkmim, Wellerson. **Entrelaçamento transferência na psicose**. In: Curinga. Escola brasileira de psicanálise. Há algo de novo nas psicoses. Belo horizonte, 2000.
- Amarante, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- _____. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A.; Scarcelli, I. R.; Costa, E. S. (Orgs.). **Fim de século: ainda manicômios?** 1. ed. São Paulo: IPUSP, 1999.
- Babinski, Tateana. HIRDES, Alice. **Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de centro de atenção psicossocial do Rio grande do Sul**. Rev. Texto contexto enferm. 2004.
- Barros, Regina Benevides de. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: Resistências e capturas em tempos neoliberais. Loucura, Ética e Política: Escritos Militantes**. *Revista do Conselho Federal de Psicologia*. Brasília: Casa do Psicólogo, 2003.
- Dimenstein, Magda. Lima, Ana Izabel. MACEDO, João Paulo.

- Integralidade em saúde mental:** coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: Paulon, Simone e Neves, Rosane. Saúde Mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Porto Alegre: Sulina, 2013.
- Foucault, Michel. **História da loucura na idade clássica.** São Paulo: Editora Perspectiva, 2005.
- _____. **Microfísica do Poder;** organização e tradução de Roberto Machado. – Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996.
- Goffman, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva; 2005.
- Goldberg, Jairo Idel. **Reabilitação como processo – o Centro de Atenção Psicossocial.** In: Pitta, Ana Maria Fernandes. Reabilitação psicossocial no Brasil. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.
- Kinochita, Roberto Tikanori. **Contratualidade e Reabilitação Psicossocial.** In: Pitta, Ana. Reabilitação psicossocial no Brasil. (org) 2ª edição. São Paulo. Hucitec, 1996.
- Leão, Adriana. Barros, Sônia. **Inclusão e exclusão social:** as representações sociais dos profissionais de saúde mental. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, Rio de Janeiro, 2011.
- Lim, Mônica. Jucá, Vlândia. Nunes, Mônica. **Tecnologias de cuidado em saúde mental em centros de atenção psicossocial na Bahia e em Sergipe.** In: Fontes, B. A. S. M.; Fonte, E. M. M. da. Desinstitucionalização. Redes sociais e saúde mental: análise de experiências da reforma psiquiátrica em Angola, Brasil e Portugal. Ed. Universitária. Recife, 2010.
- Lobosque, Ana Maria. **Princípios para uma clínica antimanicomial e outros escritos.** São Paulo, Hucitec, 1997.
- Navarine, Vanessa. Hirdes, Alice. **A família do portador de transtorno mental:** identificando recursos adaptativos. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, 2008.
- Soalheiro, Nina Isabel. **Política e empoderamento de usuários e**

familiares no contexto brasileiro do movimento pela reforma psiquiátrica. Cadernos brasileiro de saúde mental, Rio de Janeiro. 2012.

Tenório, F. (2002). **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito.** *História, Ciências, Saúde.* Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9 (1): 25-59, jan.-abr. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>. Acesso em: Dezembro de 2014.

Antonia Vieira Santos: Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Salvador, BA, Brasil.

E-mail: s.antoniovieira@gmail.com

Herbert Toledo Martins: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Cruz das Almas, BA, Brasil.

E-mail: herbet.ufrb@gmail.com

Enviado em: 06/06/2016 - **Aceito em:** 20/08/2016
