ELIAS RODRIGUES SANTANA

Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo

São Paulo
2022

ELIAS RODRIGUES SANTANA

Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo

Versão Original

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.
Área de concentração: Formação Interdisciplinar em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo
2022

Catalogação da Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Santana, Elias Rodrigues.
Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo / Elias Rodrigues Santana; orientadora Ianni Regia Scarcelli. -- São Paulo, 2022.
156 p. : fig., tab. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Programa Mestrado Profissional Interunidades em Formação Interdisciplinar em Saúde. Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.
Versão original.

1. Saúde mental – política - prática. 2. Atenção primária a saúde. 3. Trabalhadoras. 4. São Paulo. I. Scarcelli, Ianni Regia. II. Título.

Fábio Jastwebski – Bibliotecário - CRB8/5280

Santana ER. Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em:___/___/2022.

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição:_____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____Julgamento: _____

A Deus,
Por ser maior que a minha fé e melhor que os meus equívocos.

Às trabalhadoras e trabalhadores da saúde,
cujo comprometimento e práticas cotidianas sustentam a necessária utopia de um Sistema Único de Saúde que seja acolhedor, integral e resolutivo;

À Patrícia Ferraz de Camargo,
Minha maior incentivadora, mantenedora e consultora de todas as horas;
Por ouvir, com interesse, as formulações ainda em construção;
Por providenciar a bancada, a estante, os livros e a cadeira;
Pelas leituras de páginas ainda em andamento;
Pelos momentos de pausas necessárias;
Por ser a melhor companhia;

Ao meu pai, Osvaldo,
Por me fornecer, nos limites do seu tempo e de suas possibilidades, os recursos, ainda que elementares, fundamentais, que me permitiram romper com um histórico familiar de alfabetização precária;

e

Às minhas queridas filhas,
que, sem querer nem saber, me desafiam a melhorar como pai, a evoluir enquanto homem e a me desenvolver como profissional;
Elas são motivos da minha resiliência; razões das minhas superações.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli,

Por estimular a expressão da subjetividade sem prescindir do rigor acadêmico;

Por sua profunda sensibilidade, competência e conhecimento;

Por gentilmente me acolher em seu grupo de orientandos;

Por proporcionar um espaço de construções coletivas;

Pela coerência teórica e apontamentos precisos;

Ao grupo de orientação,

Pelo interesse demonstrado;

Pelo tempo investido em leituras;

Pelas observações sempre pertinentes;

Pela oportunidade de experimentar a potência da coletividade.

Às Profas. Dras. Eroy Aparecida da Silva e Helena Akemi Wada Watanabe,

Pelas relevantes contribuições relativas ao projeto;

Pelo pronto acolhimento no processo de transição para mudança de orientação;

Ao corpo docente do Programa de Mestrado Profissional,

Pelas aulas empolgantes;

Pelos conteúdos profundos;

Por todas as reflexões suscitadas.

e,

Ao competentíssimo revisor, José Maurício de Faria F. Yoshitake,

Por sua disponibilidade; comprometimento, atenção, envolvimento e impressionante sensibilidade.

“eu juro que é melhor não ser o normal”

Arnaldo Batista e Rita Lee

RESUMO

Santana ER. Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão original.

Movimentos históricos pela reforma psiquiátrica configuraram a Saúde Mental enquanto campo de saberes e práticas. Isso possibilitou o enfrentamento ao paradigma psiquiátrico, outrora absoluto, sobre o fenômeno da *loucura,* e instaurou um processo social complexo de mudanças em conceitos, estruturas de serviços e práticas no contexto da assistência às pessoas em sofrimento psíquico. O cuidado em saúde mental na Atenção Básica está previsto em documentos do Ministério da Saúde. Esta previsibilidade do âmbito político-jurídico, entretanto, parece não encontrar correspondência no âmbito técnico assistencial, onde atuam as trabalhadoras, que por sua vez estão submetidas a exigências de produtividade em meio a aumentos de procura por atendimentos e inseguranças no manejo das demandas por saúde mental. Nesse contexto, nota-se que há um descompasso entre o que a política pública propõe e o que o serviço consegue realizar. Um olhar sobre as perspectivas e entendimentos que emergem no '*entre'* desses dois âmbitos pode indicar cenários sobre os quais seja possível a proposição de caminhos alternativos de enfrentamento aos atuais desafios. O presente trabalho é resultado de uma pesquisa realizada no território de M'Boi Mirim, Distrito do Jardim Ângela, em uma Unidade Básica de Saúde na região sul do município de São Paulo. Trata-se de pesquisa qualitativa que objetiva identificar, a partir da perspectiva de trabalhadoras de saúde, cenários que se manifestam nos âmbitos das políticas e práticas no contexto da assistência às demandas por saúde mental na Atenção Básica. O trabalho foi teoricamente orientado pelas contribuições epistêmicas do campo da Saúde Mental, enquanto campo de saber e prática, tem o Grupo Focal como principal instrumento de escuta das trabalhadoras e a Análise de Conteúdo como meio de interpretar. Ofertar atendimento às demandas por saúde mental no contexto da Atenção Básica ainda é um desafio que está para além das complexidades próprias dessas demandas. Este é um terreno repleto de ambiguidades e contradições, atravessado por questões que, por um lado, apontam para concepções e práticas dos trabalhadores que atuam nesse nível de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) sobre o fenômeno da *loucura* e, por outro, dizem sobre a natureza de certas políticas públicas de saúde mental, cujos programas são implantados e implementados visando atender a projetos de governos, de viés ideológico, sem entregar, de fato, o que prometem ao usuário dos serviços.

Palavras-chave: Saúde Mental. Políticas. Práticas. Reforma Psiquiátrica. *Loucura*. Atenção Básica. Desinstitucionalização. Atenção. Trabalhadoras. Saúde. Cenários. Perspectiva.

ABSTRACT

Santana ER. "Mental health policies and practices in primary care: scenarios from the perspective of health workers of jardim ângela, a district of São Paulo city [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2022. Versão original

Historical movements for the psychiatric reform configured Mental Health as a field of knowledge and practice. This made it possible to face the psychiatric paradigm, once absolute, on the phenomenon of madness and established a complex social process of changes in concepts, services structures and practices within the context of assistance to people with psychological distress. The mental health care at the Primary Care system is clearly stated at the Ministry of Health documents. This predictability in the political-legal scope, however, does not seem to find correspondence in the technical assistance scope, where the actual workers operate, who in turn, are subjected to productivity demands, in the middle of an increasing number of people seeking treatments and the insecurities in the management of mental health demands. In this context, it becomes apparent that there is a mismatch between what the public policy proposes and what the actual service can deliver. A look at the perspectives and understandings that emerge in the "between" of these two scopes can indicate some scenarios where it would be possible to propose alternative paths to face the current challenges. This dissertation is the result of a research carried out in the region of M'Boi Mirim, Jardim Ângela District, in a Unidade Básica de Saúde (Basic Health Unit), in a southern region of São Paulo city. This is a qualitative research that aims to identify, from the health workers perspective, scenarios that are manifested in the scope of mental health policies and practices in the context of assistance to the demands for mental health at the Primary Care. The work was theoretically guided by the epistemic contributions of the field of Mental Health, as a field of knowledge and practice, using Focus Group as the main tool for listening to the workers and Content Analysis as a means of interpreting. Offering assistance to mental health demands in the context of Primary Care is still a challenge that goes beyond the complexities of these demands. This is a field full of ambiguities and contradictions, crossed by questions which, on the one hand, highlight the conceptions and practices on the phenomenon of madness by workers from the Sistema Único de Saúde (Single Health System) and, on the other hand, they say about the nature of certain mental health public policies, whose programs are implanted and implemented in order to attend government projects, with an ideological bias, without actually delivering what they promise to the service users.

Keywords: Mental Health; Policies; Practices; Psychiatric Reform; Craziness; Basic Attention; Deinstitutionalization; Assistance; Female Workers; Health; Understandings; Scenarios.

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
ESF	Estratégia da Saúde da Família
MLA	Movimento da Luta Antimanicomial
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OSS	Organização Social de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UR	Unidade de Registro
US	Unidade de Significação

APRESENTAÇÃO

Sou um homem negro, tenho 49 anos e sou pai de três meninas. Jordana, com 21 anos e Eloísa e Elora, gêmeas com 17 anos. Tenho como primeira formação o campo da Teologia, onde atuei por 12 anos, até minha segunda graduação em Psicologia, concluída em 2012. Prestei concurso público na Prefeitura Municipal de São Paulo em 2013 e, em 2014, iniciei minha trajetória pública como técnico em saúde mental no Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO)[1] Guarapiranga, no território do M'Boi Mirim, zona sul do município, onde resido até o momento. Em 2017, fui direcionado para a Supervisão Técnica de Saúde, para assumir a interlocução da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do território, onde me encontro até o momento, e que caracterizarei ao longo deste trabalho.

Introduzo a apresentação deste trabalho ciente das inseguranças e temores que o tema escolhido desperta. Afinal, o que há para se falar sobre Saúde Mental que já não tenha sido abordado em teses, dissertações, livros, artigos, congressos, fóruns e cursos de educação permanente? Certamente há perspectivas que ainda não se mostraram em meio ao que tende a se reproduzir ou a reafirmar o já dito e institucionalizado. E esse é o desafio que a mim se coloca no desenvolvimento deste trabalho no âmbito do mestrado profissional, situado no contexto brasileiro atual de pandemia e ataques às políticas sociais, à saúde mental e às universidades públicas.

Em meio às ansiedades que se mostram como o medo de perder referências adquiridas e não ter ainda instrumental necessário para lidar com o novo que poderá substituir o estabelecido; o medo da perda e do ataque, conforme Pichon-Rivière (2005), deparei-me em minha rotina de leituras com o pensamento do filósofo e epistemólogo Gaston Bachelard, especialmente em sua obra *A Formação do Espírito Científico*. Entre outros benefícios dessa leitura, destaco o amparo aos meus aos temores, particularmente, pela ideia que o autor nos desperta de que a construção de um novo conhecimento se dá pelo questionamento ao conhecimento estabelecido e consequente ruptura com sua linearidade.

[1] Os CECCOs, conforme a Portaria Ministerial 3.088 de Dezembro de 2011, "são estratégicos para a inclusão social das pessoas com transtornos mentais e pessoas que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, por meio da construção de espaços coletivos de convívio e sustentação das diferenças na comunidade e em diversos espaços da cidade".

Sinto-me à vontade para caminhar nesta direção especialmente porque os "saberes"[2] relacionados à Reforma Psiquiátrica e às contribuições epistêmicas do campo da Saúde Mental não se moldam a pressupostos lineares, tampouco absolutos. Pelo contrário, se apresentam como um projeto inacabado, sempre em construção, em coerência e sintonia com a complexidade da existência humana (Amarante).

Sinto-me à vontade, sobretudo, porque esse processo de pesquisa diz respeito não a analisar esses "saberes", mas a colocar em evidência ou indicar cenários que se configuram entre os âmbitos das políticas e das práticas em saúde mental no SUS (Sistema Único de Saúde), e que se referenciam nesses "saberes". Nesse sentido, é esperado que esse processo promova, para além de reflexões sobre políticas e práticas neste contexto, perspectivas de mudanças que escapem às linearidades de tais práticas.

Dessa forma, é possível me lançar corajosamente no árduo processo de conhecimento, buscando me desfazer de medos e inseguranças, mantendo abertura teórico-prática e de "espirito científico", como nos traz Bachelard. Assim, contornados, sentimentos de medo e insegurança cederam lugar à gratidão pelo privilégio que este trabalho me confere. Não apenas por poder conhecer perspectivas e compreensões e, no processo de pesquisa, identificar cenários, mas, sobretudo, porque este processo poderá indicar elementos para repensar também as minhas práticas profissionais.

[2] Utilizo aqui o termo "saberes", relacionado ao referencial teórico do campo da Saúde Mental, entre aspas, como forma de sinalizar a cautela teórica que se espera de todos os saberes que se pretendem conhecedores da complexidade do ser humano.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 21

2 CAMINHOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS 27

2.1 Os primeiros sinais da Reforma Psiquiátrica 32

2.2 A prática do alienismo no Brasil 36

2.3 A Reforma Psiquiátrica no Contexto Brasileiro 40

3 SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE SABERES 45

4 PANORAMAS DA SAÚDE MENTAL 63

4.1 No Brasil entre 2016 a 2022 63

4.1.1 Um ponto para a Pandemia da Covid-19 76

4.2 Em um território de pesquisa 80

4.2.1 O Território de M'Boi Mirim 81

4.2.2 O território da Pesquisa – Distrito do Jardim Ângela 82

5 CAMINHOS DA PESQUISA 87

6 SOBRE O PROCESSO ANALÍTICO DO CONTEÚDO EMERGENTE NO GRUPO FOCAL ..... **Erro! Indicador não definido.**

7 REFLETINDO SOBRE OS CENÁRIOS/CATEGORIAS 99

7.1 Desafios da assistência em saúde mental 99

7.2 Manejos da *loucura* na prática 104

7.3 Limites na oferta do cuidado 109

7.4 Impactos institucionais no cotidiano do trabalho 112

7.5 Potencialidades de cuidado na prática assistencial 115

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS 123

REFERÊNCIAS 127

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é motivada pela necessidade de compreender situações, decifrar problemas e elaborar questões que aparecem cotidianamente na atividade de interlocução em saúde mental. Trata-se de questões que caminham junto ao desejo e à necessidade de indicar caminhos e possibilidades que permitam o enfrentamento aos desafios e limites sempre presentes nas políticas e práticas de saúde.

A função de interlocutor em saúde mental consiste em articular os serviços disponíveis em um território adstrito, dentro de uma perspectiva intersetorial, com a finalidade de identificar recursos e fomentar o diálogo e a aproximação da RAPS, potencializando, assim, a assistência às demandas por saúde mental.

Esta atividade requer um envolvimento com todos os níveis de atenção em saúde, desde a atenção primária, como as Unidades Básicas de Saúde, passando pela atenção secundária, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), até a atenção terciária como os Hospitais Gerais.

A partir das discussões de casos mais emblemáticos, nos quais o interlocutor é comumente convidado a participar, busca-se, numa lógica intersetorial, pactuar ações e alinhamentos junto a outras instâncias, como a justiça — especialmente o Ministério Público —, Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social, Secretaria de Habitação, Secretaria de Cultura, Segurança Pública, Secretaria de Transportes, entre outros.

Vale ressaltar que nesses diversos setores, e mesmo na esfera da saúde, não é incomum que a questão da saúde mental ainda seja associada ao fenômeno da *loucura*[3]. Sabe-se que, historicamente, conceitos como alienação, doença mental, saúde mental, transtorno, desordem e sofrimento mental, sofrimento psíquico, entre outros, compuseram o panorama da *loucura* (Amarante, 2013).

Dessa forma, tais conceitos transitam nessas diversas esferas como termos carregados de sentido e definições que ainda orientam práticas assistenciais, fundamentam posturas

[3] O termo "*loucura*" e seus derivados serão grafados em itálico, a fim de se demarcar a fundamental desconstrução epistemológica ligada aos movimentos de Reforma Psiquiátrica, ao questionarem a psiquiatria clássica, a partir das críticas ao seu modelo teórico-assistencial e de intervenção nos indivíduos chamados de "*loucos*" ou "doentes mentais". Opta-se, então, metodologicamente, pela utilização do termo *loucura*, porém, em itálico, como forma de indicar as dificuldades que ainda perpassam o imaginário social sobre o fenômeno em torno da pessoa em sofrimento psíquico. Também serve para sinalizar as imprecisões ou inadequações que ainda caracterizam o uso de expressões como "portador de transtorno mental", para se referir à pessoa em sofrimento psíquico.

médicas e sustentam posicionamentos políticos e decisões judiciais. Articular o cuidado ao *sujeito em sofrimento* a partir desses lugares, ao mesmo tempo em que se busca desfazer o estereótipo do *louco* como perigoso e incapaz, é parte dos desafios.

No cotidiano da interlocução em saúde mental no território de M'Boi Mirim, os desafios são atravessados por todos esses níveis e setores, bem como pelas peculiaridades de suas políticas e práticas. Entretanto, para a finalidade desta pesquisa, delimitei aqueles que ocorrem na Atenção Básica, no distrito do Jardim Ângela e dizem respeito às políticas e práticas de saúde mental.

Dentre esses desafios, destacamos, a título de exemplo, as dificuldades observadas, relatadas e demonstradas pela maioria das trabalhadoras[4] da AB no acolhimento e condução às demandas por saúde mental. Com exceção de algumas trabalhadoras que fazem parte da agora denominada Equipe Multi[5], como psicóloga(o), assistente social, terapeuta ocupacional e educador(a) físico(a)[6], a AB se reconhece tão despreparada como também indisponível para atender a estas demandas.

A indisponibilidade da Estratégia de Saúde da Família (ESF) geralmente se deve ao fato de estar centrada no atendimento a queixas de cunho biomédicas, com volume de demandas cada vez mais alto, participação em reuniões, preenchimento de planilha e programas de produção, mas, sobretudo, por entender que demandas por saúde mental são "casos complicados", que ainda remetem ao fenômeno da *loucura*.

A implicação imediata desse quadro é uma compreensão generalizada das trabalhadoras de que é preciso um determinado "saber especializado" para lidar com demandas por saúde mental. Consequentemente, em decorrência dessa compreensão, mas também porque o contingente de trabalhadoras citado acima se mostra insuficiente ou mesmo inexistente em algumas unidades, diversas demandas que poderiam ser acolhidas na AB são encaminhadas

[4] Como a maioria das pessoas que trabalha na Atenção Básica em saúde mental no território da pesquisa é do gênero feminino, optamos por fazer referência a este corpo como "trabalhadoras", embora haja também trabalhadores.

[5]A denominação "Equipe Multi" foi recentemente adotada no território do Jardim Ângela para designar as categorias de profissionais (assistente social, psicóloga(o), terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, educador(a) físico(a), nutricionista e outras) que compunham o NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) — criado em 2008 pelo Ministério da Saúde para ampliar a resolutividade dos casos junto à Estratégia da Saúde da Família (ESF) na Atenção Básica. Na portaria 2436/2017, no governo de Michel Temer, passou a ser denominado de NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e da Atenção Básica. No distrito do Jardim Ângela, desde 2020, o NASF-AB vem sofrendo alterações, em razão das políticas de saúde adotadas no Governo de Jair Bolsonaro e, atualmente, foi extinto, com o remanejamento majoritário da carga horária das trabalhadoras para atendimentos de consultas. Essas mudanças serão mais bem detalhadas ao longo do trabalho.

[6] Essas trabalhadoras, quando são contratadas, geralmente compõem as Equipes Multi, quando estas existem nas UBS. Na prática, são essas trabalhadoras que acabam absorvendo as demandas por saúde mental.

para a psiquiatria. Ocorre que o número de profissionais psiquiatras também é reduzido, o que gera uma extensa fila de espera.

Consideramos que o núcleo fundamental dessa situação, para além da insuficiência ou ausência de trabalhadoras e recorrente busca por especialistas em saúde mental, diz de inconsistências, contradições e desencontros entre o que as políticas de saúde propõem e o que as trabalhadoras conseguem implementar.

De acordo com a Portaria 2436 (Brasil, 2017a), que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Atenção Básica (AB) deve ser a ordenadora do cuidado em saúde. Dessa forma, mesmo demandas que não têm seu início necessariamente na AB[7] — como as de saúde mental — devem ser por ela acompanhadas, em razão da longitudinalidade do cuidado, apontada na referida portaria como uma das diretrizes do SUS.

Importa notar, entretanto, que a proposição de princípios e diretrizes do SUS, como a citada acima, perde o sentido diante da insuficiência de trabalhadoras, da fragilidade ou ausência de educação permanente e continuada, da precarização dos vínculos trabalhistas e consequente rotatividade intensa de trabalhadoras, ou mesmo inadequação na estrutura física de algumas unidades.

Nessa mesma lógica, o Ministério da Saúde elaborou o Caderno de Atenção Básica n.º 34 (Brasil, 2013a, p. 11), voltado especificamente à Saúde Mental, cujo objetivo seria "ampliar a capacidade de cuidado dos profissionais da Atenção Básica". O caderno traz orientações às trabalhadoras (es), apontando uma relação entre Atenção Básica e cuidados em saúde mental.

Nesse sentido, resgata conceitos de pessoa em sofrimento, contextos familiares e comunitários, importância da atuação multiprofissional, além de abordar situações de sofrimento mental mais comuns e apontar algumas ferramentas (entrevista familiar, genograma, ecomapa, discussão de casos clínicos, entre outras), para uma intervenção psicossocial. No caderno se afirma que

> [...] a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos profissionais de Saúde. Trata-se, sobretudo, de que estes profissionais *incorporem ou aprimorem competências* de cuidado em saúde mental na sua prática diária, de tal modo que suas intervenções sejam capazes de considerar a subjetividade, a singularidade e a visão de mundo do usuário no processo de cuidado integral à saúde. (Brasil, 2013a, p.11, grifos nossos)

Contudo, o caderno não esclarece o que é e como "incorporar competências" e desenvolver modos de agregar compreensões da subjetividade e suas expressões na prática de

[7] A grande maioria das(os) usuárias(os) com demandas por saúde mental inicia o acompanhamento pelos CAPS, já que eles se constituem em serviços de porta aberta, o que significa que o primeiro acesso das(os) usuárias(os) pode se dar de forma espontânea, sem a necessidade de agendamento.

cuidado às(aos) usuárias(os). O caderno propõe o aprimoramento de competências supondo a existência de uma capacidade que seria inerente às trabalhadoras da AB para lidarem com demandas por saúde mental.

Entretanto, na prática, conforme descrito acima, o manejo de demandas das(os) usuárias(os) que buscam a AB por sofrimento mental ainda é permeado por medos, inseguranças e recorrentes encaminhamentos aos "saberes especializados". Desse modo, notam-se desencontros entre aquilo que a política prescreve e o que as trabalhadoras, de fato, podem entregar às(aos) usuárias(os).

Estes desencontros, entre o que a política define como programas e a prática assistencial implementa enquanto serviço, corroboram a hipótese de Scarcelli (2017, p. 233), para a qual, haveria "lacunas, distanciamentos" entre os âmbitos político-jurídico — onde se dá a formulação dos programas — e técnico-assistencial — onde ocorre a implementação da política pelas trabalhadoras.

É nessa perspectiva que, no contexto dessa pesquisa, entendemos que desses distanciamentos e lacunas emergem cenários, a partir dos quais seja possível a propositura de caminhos alternativos ao enfrentamento de desafios no contexto da saúde mental na AB no Jardim Ângela. Consideramos ainda que o entendimento de como tais cenários se configuram pode ser mais bem construído a partir das visões e compreensões das trabalhadoras que atuam neste distrito.

Ressaltamos que o termo "cenário" será utilizado no âmbito deste trabalho com a finalidade de nomear um conjunto de elementos, de natureza institucional, que compõem o espaço político, econômico e social onde atuam as participantes dessa pesquisa. Tais elementos, para além de dizerem de inseguranças, insuficiências e ausências, se constituem na forma possível de tensionamento político, por parte dessas trabalhadoras, e também de resistência a questões que atravessam as suas práticas, relações de trabalho e de gestão.

Tendo isso em mente, priorizamos o contato com trabalhadoras de saúde que atuam no SUS, na esfera da Atenção Básica, no território do M'Boi Mirim, no distrito do Jardim Ângela, zona sul do Município de São Paulo. De acordo com o Mapa da Desigualdade[8], o Jardim Ângela possui a maior população preta e parda dentre os 96 distritos e aparece por 18 vezes entre os 10 piores distritos. Ainda conforme esse instrumento, enquanto no Jardim Ângela as pessoas

[8] Esse instrumento é produzido desde 2012 pela Rede Nossa Sampa e produz indicadores como administração pública, habitação, população, trabalho e renda, mobilidade, saúde e educação para os 96 distritos de São Paulo, por meio dos quais é possível ter uma clara percepção das disparidades presentes em vários aspectos sociais no Município.

morrem com idade entre 58 e 63 anos, no Alto de Pinheiros, a morte ocorre entre 75 e 80 anos (Mapa da Desigualdade, 2021).

Considerando os aspectos expostos acima, temos como objetivo identificar cenários que emergem entre as políticas e as práticas, no contexto da assistência às demandas por saúde mental na atenção básica, na perspectiva das trabalhadoras do distrito do Jardim Ângela. Entender como trabalhadoras da AB lidam com as(os) usuárias(os) por saúde mental e conhecer os limites e possibilidades na condução dos cuidados dessas(es) usuárias(os) fará parte da investigação.

Desse modo, tendo como referência os trabalhos de Minayo (2014); Pope et al. (2005), foram privilegiados sentidos próprios que cada sujeito-trabalhador atribui às suas experiências profissionais, de acordo com suas vivências, crenças e valores.

O instrumento utilizado para ouvir as trabalhadoras foi o Grupo Focal fundamentado em Kitzinger; a análise foi orientada pela Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2016); considerada a análise categorial, foram tecidas considerações fundamentadas nas contribuições teóricas produzidas no campo de saberes e práticas da Saúde Mental. Como observa Scarcelli (2011),

> Entendê-la como campo de saber e de práticas é uma forma de agregar seus múltiplos entendimentos considerando o diálogo estreito com várias disciplinas e tipos de saberes, a desconstrução das heranças da psiquiatria clássica e das instituições totais, bem como a proposição de outro lugar social para a manifestação da *loucura* e para o cuidado oferecido pelos serviços de saúde e pela sociedade frente ao sofrimento psíquico. (Scarcelli, 2011, p. 19).

Considerando tais questões, o texto que segue busca, inicialmente, situar o tema da pesquisa no percurso histórico do fenômeno da *loucura,* até ao atual conceito de "saúde mental". Autores como Costa (1989), Birman e Costa (1994), Foucault (1978), Castel (1978) e Amarante (1995; 1996; 2013; 2016; 2017) foram referências importantes no resgate do processo sócio-histórico em torno do fenômeno da *loucura*/doença/saúde mental.

Nesse caminho, buscamos identificar os movimentos determinantes na construção de olhares e concepções sobre a *loucura* — desde a invenção da psiquiatria, por Pinel, até o projeto de desconstrução institucional, por Basaglia —, destacando as mudanças no contexto europeu e suas repercussões no contexto brasileiro, especialmente a partir dos movimentos que se organizaram pela reforma psiquiátrica e contribuíram na constituição de um campo de Saúde Mental.

Na sequência, procurando delinear as contribuições epistêmicas desses movimentos, serão relembrados elementos ligados às tentativas de ruptura com a psiquiatria clássica e à construção de um corpo epistemológico que se articula à Saúde Mental. São contribuições que

permitiram formulações de políticas públicas, legislações e novas práticas assistenciais e que foram ganhando novas significações a partir dessas ações.

As contribuições de Amarante (2013) e Scarcelli (2017) sobre as complexidades que atravessam a compreensão desse campo serão também consideradas. Tais autores mencionam quatro âmbitos que subsidiam a identificação de partes dessa trama complexa: Epistemológica ou Teórico-conceitual, Jurídico-Político ou Político-Jurídico, Sociocultural ou Social-Cultural e Técnico-Assistencial.

Consideramos importante também fazer uma breve discussão referente às políticas públicas para saúde mental no Brasil, em especial após o ano de 2016 e com os impactos da pandemia do Covid-19 em 2020. Tal panorama político coloca mais uma vez em evidência aspectos que colocam o campo da Saúde Mental como palco histórico de embates e resistências.

O contexto no qual foi desenvolvida essa pesquisa situa-se, portanto, nessa conjuntura, e é trazido de modo a apresentar uma caracterização do território destacando-se suas especificidades sociodemográficas e a atual estrutura assistencial em saúde, especialmente a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), fortemente impactada pelas necessidades impostas pela pandemia.

Também procuramos contextualizar as atuais demandas de saúde mental na Atenção Básica, no território de pesquisas, procurando identificar possíveis impactos na organização do trabalho e na abrangência da assistência em saúde mental, decorrentes das políticas adotadas pelos governos Temer e Bolsonaro e os desafios que se apresentam, frente ao que propõe o campo da Saúde Mental.

Tais referências fundamentaram, portanto, o objetivo de identificar cenários que estariam presentes na assistência ofertada às pessoas em sofrimento psíquico, na Atenção Básica, a partir da perspectiva das trabalhadoras de saúde que atuam neste contexto. Os caminhos de investigação, que incluem todos os procedimentos metodológicos, estão detalhados em capítulo que antecede a discussão do conteúdo emergente na realização do Grupo Focal.

Por fim, tecemos as últimas considerações. Esperamos que o trabalho traga elementos que agucem reflexões sobre as questões que envolvem o cotidiano do trabalho e contribuam com novas possibilidades de enfrentamento aos atuais desafios e dificuldades presentes no contexto da saúde mental na AB.

2 CAMINHOS NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL: ALGUNS APONTAMENTOS

Anterior aos movimentos sociais que culminaram na configuração da Saúde Mental como um campo de saber, foi de fundamental importância a incursão de Foucault (1926-1984) na história da *loucura*, ao demonstrar como ela ocupou variados lugares e diferentes concepções até alcançar a compreensão atual, construída por movimentos como a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

De Philippe Pinel (1745-1826) a Franco Basaglia (1924-1980), o fenômeno da *loucura* deixou de ser percebido apenas como simples *alienação*, para ser redimensionado na complexidade da *existência-sofrimento do "sujeito em relação com o corpo social*" (Rotelli; Amarante, 1992, p. 51). Nesse percurso, saberes, práticas e estruturas institucionais foram questionadas, ora como esforço para equivocadamente reformá-las, ora como tentativa de negá-las, ora para serem rompidas em um processo de desconstrução.

Dessa forma, a Saúde Mental da qual se fala hoje precisa ser circunscrita em uma trajetória histórica marcada por incompreensões, concepções, equívocos e desafios permanentes, em diversas esferas sociais. Neste capítulo, procuro registrar de modo sintético alguns marcos importantes nesse percurso de mais de 200 anos, no qual foram construídos modos de conceituar o que hoje se denomina de Saúde Mental.

A trajetória dessa questão, que se deu primeiramente nos contextos europeu e norte-americano, especialmente em países como França, Inglaterra e Estados Unidos, é importante para observarmos os desdobramentos no contexto do Brasil, onde, semelhantemente, a *loucura* deixa as ruas, prisões e calabouços para ganhar um lugar social específico — o manicômio —, sendo reivindicada como objeto privilegiado da psiquiatria. Para iniciarmos esse percurso, são de fundamental importância os escritos de Michel Foucault (1926-1984).

Ao abordar o tema da *loucura* em seu livro, *A História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978) relata como os hospitais, que na Idade Média eram de caráter filantrópico, tinham o objetivo de receber e prestar assistência aos *loucos* e a todo marginalizado social, como "prostitutas", leprosos, órfãos e andarilhos. A igreja, à época detentora do saber sobre os destinos dos homens, imputava a essas figuras marginais as práticas oriundas de tal saber. Não para livrá-las de suas moléstias ou reintegrá-las ao convívio social, mas como forma de promover a salvação de suas almas desgraçadas.

Assim**,** a assistência era de natureza religiosa e não curativa. Neste momento histórico, a *loucura* era vista como um fenômeno mítico/divino e não uma patologia. Mesmo assim, o

fenômeno da *loucura* figurou entre os males sociais da época, e recebeu da sociedade medieval o mesmo "tratamento" anteriormente ofertado à lepra: o isolamento. Para Foucault, a exclusão social foi o "santo remédio" administrado pela igreja ao leproso, uma vez que "o abandono é, para ele, a salvação; sua exclusão oferece-lhe uma outra forma de comunhão" (Foucault, 1978, p. 10).

Semelhante método seria aplicado ao "*insano*", especialmente aos *loucos* que vagabundeavam pelas cidades, de forma que a relação da sociedade medieval com a *loucura*, apesar do caráter assistencial/religioso dos hospitais, foi profundamente marcada também pelo abandono e exclusão. A *Nau dos Loucos*, retratada na literatura e em pinturas renascentistas, e descrita por Foucault (1978) como "barcos que levavam suas cargas insanas de uma cidade para outra", é a figura mais emblemática desse abandono.

> É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários. (Foucault, 1978, p. 15).

Esses aspectos que envolviam a *loucura* na Idade Média cederam lugar ao novo mundo que nasceria: o mundo da verificação, da quantificação, o mundo da Renascença, do período das luzes, onde a relação do ser humano consigo e com a natureza passa a ser mediada não mais pelo aspecto divino ou místico, mas pelo uso da razão e a busca pela verdade.

Conforme Amarante (1998, p. 24), "o olhar sobre a *loucura* não é, portanto, diferenciador das outras categorias marginais, mas o critério que marca a exclusão desta está referido à figura da desrazão". Nesse contexto, o *louco* não foi apenas religiosamente "assistido" ou abandonado, mas, sobretudo, observado com o olhar da razão.

Para Foucault (1978), a lógica do pensamento cartesiano, predominante à época, imputou à *loucura* a marca da periculosidade. A *loucura* medieval, ora "protegida", ora abandonada ou excluída, ganhou novo contorno na era da Renascença: o encarceramento. Aqui, no entanto, a clausura deixa de ter aspecto "protetivo" e se configura como um mecanismo de controle. Como refere Foucault (1978, p. 83): "Não se esperou o século XVII para "fechar" os *loucos*, mas foi nessa época que se começou a 'interná-los'".

Amarante (2013, p. 23) afirma que, no século XVII, "surgiu uma nova modalidade de hospitais, não mais exclusivamente filantrópicos, mas que passaram a cumprir uma função de ordem social e política mais explícita". Nesse sentido, esse foi o novo lugar do *louco*, mas também de todas as pessoas pobres "de todos os sexos, lugares e idades, de qualquer qualidade de nascimento, e seja qual for sua condição, válidos ou inválidos, doentes ou convalescentes, curáveis ou incuráveis." (Foucault, 1978, p. 56).

Ao longo dos anos, para dar conta dos “desajustados”, perturbadores da ordem pública e pobres, foram criados outros lugares de isolamento e punição. De acordo com Castel (1978, p. 24), “em 1767, o poder real cria um novo espaço de detenção; os depósitos de mendigos, submetidos à autoridade direta dos intendentes, sem controle judiciário, apesar da viva oposição dos parlamentos”.

É neste contexto que se teria dado o que Foucault chama de “O Grande Enclausuramento”. Nesse processo, mais de um parisiense em cada cem experimentaram o cárcere nas casas de clausura (Foucault, 1978). A figura do hospital surgiria como uma instituição de correção, disciplina e ajustamento moral, produzindo e agravando a vida daqueles considerados inaptos ao convívio social.

Os ideais da Revolução Francesa inauguraram um novo tempo e apontavam novas perspectivas diante dos novos princípios de “liberdade, igualdade e fraternidade”. Com eles, impõe-se a necessidade de democratizar os espaços institucionais que funcionavam como depósitos de *insanos.* Segundo Castel (1978), antes da citada Revolução, estes espaços eram dominados por três esferas institucionais: o Estado, a Justiça e a Família.

Em razão dos abusos praticados tanto pelo Estado, quanto pela Justiça e a família, as determinações do rei, o julgamento dos juízes e o desejo da família se tornaram insuficientes para justificar o aprisionamento em massa. Foi preciso a introdução de um quarto elemento, a medicina (Castel, 1978).

Neste aspecto, o hospital, de acordo Amarante (2013, p. 25), “foi perdendo cada vez mais suas funções de origem de caridade e depois de controle social; na mesma proporção, passou a assumir uma nova finalidade: a de tratar os enfermos”. Portanto, nesse espaço, a figura do médico — até então pouco requerida — emerge como central e pautada no modelo das ciências naturais, predominante à época.

O surgimento desse novo olhar, supostamente mais científico e humano sobre a forma de se lidar com os excluídos sociais, impulsionado pelos princípios da Revolução Francesa, introduz na conjuntura do encarceramento a necessidade de selecionar, classificar e separar os “tipos” de sujeitos que ali eram depositados indistintamente: pobres, mendigos, menores infratores, “prostitutas”, perturbadores da ordem pública e doentes.

Robert Castel observa que

> O ato fundador de Pinel não é retirar as correntes dos alienados, mas sim, o ordenamento do espaço hospitalar. Através da “exclusão”, do “isolamento”, do “afastamento” para prédios distintos, as categorias misturadas no enclausuramento são desdobradas em tantas quantas forem as razões para se tornar um assistido: pobreza, velhice, abandono pelos parentes, doenças diversas. (Castel, 1978, p. 83)

Nessa organização do espaço institucional, a figura do *louco* se destaca porque merecerá um olhar e intervenção específica. Ela se distancia das outras, pois lhe falta a razão. Ainda segundo Castel:

> Sobre o pano de fundo da sociedade contratual instaurada pela Revolução Francesa, o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não pode ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou de servir, não entra no circuito regulado das trocas, essa livre circulação de mercadorias e de homens à qual a nova legalidade burguesa serve de matriz. Núcleo de desordem, ele deve, mais do que nunca, ser reprimido, porém, segundo um outro sistema de punições do que o ordenado pelos códigos para aqueles que voluntariamente transgrediram as leis. Ilha de irracionalidade, ele deve ser administrado, porém, segundo normas diferentes das que designam o lugar às pessoas normais e as sujeitam a tarefas em uma sociedade racional. (1978, p. 19).

Dessa forma, Philippe Pinel, conhecido como fundador da psiquiatria, inaugura na prática médica uma sistemática observação e registro dos sintomas da *loucura*. Sua nosografia o leva à construção do conceito de "alienação mental", concluindo que o *louco* se tratava de uma pessoa alienada, incapaz do domínio de suas paixões e sem percepção da realidade. Como tal, necessitaria de um lugar específico para ser estudado, o asilo, e de uma terapêutica definida para ser tratado, o tratamento moral.

> O tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como "repressão", "intimidação", "doçura" e "filantropia" passam a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel. (Pereira, 2004, p. 114)

Para Pinel, a desordem que domina o *louco* só poderia ser contida por meio da aplicação da mais nova tecnologia: o isolamento. Os alienados deveriam ser retirados do mundo exterior e privados de todas as influências que pudessem contribuir para a manutenção ou agravamento de sua desordem. Nesta condição ideal, o tratamento moral teria sua efetividade garantida.

Assim, o asilo tornou-se o lugar ideal; o isolamento constituiu-se na tecnociência *sine qua non* e o tratamento moral, eleito como a intervenção primária para a cura. Segundo Amarante (2013), o modelo de Pinel para tratamento da *loucura* influenciou todo o mundo.

Tal influência teria se dado, por um lado, em decorrência do famigerado, mas não comprovado, ato de Pinel, quando teria libertado alguns *loucos* que eram mantidos em correntes nos hospitais de Bicêtre e Salpêtrière em Paris, nos anos de 1792 e 1795, respectivamente; ato este que calhava bem ao contexto da Revolução Francesa. (Amarante, 2013).

Por outro lado, sobretudo, sua influência estaria associada à grande contribuição para o nascimento de uma especialidade médica: a psiquiatria. Ela que, naquele momento, surgiu enquanto novo saber e detentora de um monopólio tecnológico supostamente capaz de definir, descrever, classificar e controlar seu objeto: a alienação mental. Para Pessoti (1994, p. 165),

entretanto, a psiquiatria, no momento em que surge, "é uma reeducação moral, essencialmente repressiva, dirigida segundo as normas dos bons costumes".

A "tecnologia pineliana", como denomina Castel (1978, pág. 85), embora inicialmente aclamada, se mostrou, ao longo tempo, incapaz de efetivar aos *loucos* a liberdade que havia intentado demonstrar ao tirá-los das correntes. A *loucura* havia sido liberta das correntes, mas aprisionada nos grilhões da recém-inaugurada ciência psiquiátrica. Seu modelo, de viés moralista e baseado na lógica biomédica/hospitalocêntrica, agora destoava dos ideais revolucionários da época e despertou a reação das(os) críticas(os), em razão da superlotação dos manicômios.

Nesse sentido, portanto, nasce com Pinel, pelo viés do saber psiquiátrico, a primeira tentativa de impetrar reformas ao modelo até então adotado para o manejo da *loucura.* Posteriormente, entretanto, todas as bases desse saber seriam questionadas e, sobretudo, seriam negados sua suposta cientificidade e seu corpo epistemológico.

Mesmo assim, ao longo do século XIX e até a segunda metade do século XX, a *loucura* foi vista, capturada, docilizada e dominada por este novo saber. Na concepção de Michel Foucault, o poder psiquiátrico, já em 1838, marcou esse controle através de dispositivos ou manobras, claramente efetivadas nas terapias psiquiátricas da vida asilar. A primeira, e fundamental, seria a de definir um nível de poder absoluto na relação entre o médico e o *louco*.

> É preciso que, logo de saída, se esteja num mundo diferencial, num mundo de ruptura, de desequilíbrio entre o médico e o doente, num mundo em que existe uma ladeira e essa ladeira nunca pode ser subida de volta: no topo da ladeira, o médico; no pé da ladeira, o doente. (Foucault, 2006, p. 183)

Esta relação hierárquica, "instituinte das relações de objeto e de saber/prática" (Amarante, 1998, p. 47), historicamente culminou na imposição de distanciamentos entre a(o) técnica(o) e o sujeito a ser cuidado, desconsiderando as potencialidades e a subjetividade das pessoas em sofrimento mental. Esta será uma das principais questões trazidas no bojo de alguns movimentos por reforma psiquiátrica, a partir da Segunda Guerra.

2.1 Os primeiros sinais da Reforma Psiquiátrica

Após a Segunda Guerra, quando se percebeu que os campos de concentração produziram as mesmas tragédias que os manicômios, surgiram novas propostas de abordagem para intervenção sobre a *loucura*.

Nesse aspecto, os movimentos das Comunidades Terapêuticas, com T. H. Main em 1946 na Inglaterra, e da Psicoterapia Institucional, com Francois Tosquelles na França, representam os primeiros reais esforços no sentido de superar as condições sub-humanas dos espaços manicomiais (Amarante, 1998). A seguir, procuramos apresentá-los brevemente, bem como descrever outros movimentos que vieram após.

No contexto das Comunidades Terapêuticas, de acordo com Birman e Costa (1994), a psiquiatria se vê forçada a se adaptar diante dos efeitos da Segunda Guerra. Com hospitais psiquiátricos abarrotados de soldados traumatizados pela guerra, psiquiatras ingleses e norte-americanos retomaram as obras e práticas de Hermann Simon, criador da Terapêutica Ocupacional, utilizada nos asilos a partir do início do século XX, e Harry Stack Sullivan, que explorou as possibilidades de comunicação entre pacientes psicóticos, mudando do enfoque individual para o grupal (Amarante, 1998).

A proposta das Comunidades Terapêuticas, entre outras compreensões, considerava o envolvimento do próprio doente, de seus familiares e da comunidade no processo de tratamento e até a possibilidade de esse processo se dar fora dos muros do hospital. Nessa perspectiva, houve avanços no sentido de incorporar a noção comunitária como novo elemento. Da mesma forma, o movimento contribuiu com a reorganização técnica e das práticas assistenciais, as quais, entretanto, ainda se mantinham majoritariamente no ambiente interno do manicômio.

Já a Psicoterapia Institucional, de François Tosquelles, tem como maior contribuição "o fato de considerar que as próprias instituições têm características doentias e que devem ser tratadas" (Amarante, 1998, p. 32). Além disso, a Psicoterapia Institucional traz contribuição no sentido de questionar a instituição psiquiátrica e tecer críticas ao poder médico e às relações verticalizadas, predominantes nos espaços institucionais.

Por outro lado, François Tosquelles propunha uma intervenção na lógica de funcionamento dos manicômios, entendendo que eles deveriam passar por uma reforma interna para se constituírem como espaços legítimos de cura. O potencial terapêutico da instituição asilar havia se perdido em razão do mau uso das práticas terapêuticas e precisava ser resgatado.

Esse aspecto, entretanto, retoma a noção de Pinel, o qual acreditava que o espaço ideal para "tratamento" do *louco* seria o manicômio.

Assim, embora esses movimentos tenham representado avanços no contexto dos manicômios, eles se limitaram a questões internas e não avançaram no que diz respeito às antigas práticas alienistas, como a utilização do trabalho como forma de produzir determinada ordem no cotidiano asilar e a tentativa de restaurar a instituição manicomial, reafirmando-a como o *locus* de tratamento e cura. Conforme Birmam (1992, p. 85), esses movimentos apenas "reatualizaram alguns ideais alienistas".

Outros movimentos importantes surgiram também na França e nos EUA nas décadas de 50 e 60: a denominada Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva. Diferente dos movimentos citados acima, que buscaram produzir mudanças na esfera dos manicômios, visando à melhoria da instituição hospitalar, esses focavam a reestruturação da prática psiquiátrica. O primeiro, propondo uma prática cujo alcance se daria para além da comunidade dos doentes mentais. O segundo, defendendo a possibilidade de se antecipar ao surgimento dos transtornos mentais, uma vez localizada a sua causa: a crise.

Em relação à Psiquiatria de Setor, baseava-se nas experiências de Lucien Bonnafé (Amarante, 1998), o qual entendia que a instituição psiquiátrica contribuía para agravar o quadro de saúde mental das(os) internas(os), devido aos seus aspectos desumanos e antissociais. A proposta de setorização nos cuidados pretendia ampliar os espaços onde deveria acontecer o processo terapêutico. O espaço comunitário era visto como sendo esse lugar privilegiado para o tratamento, enquanto o hospital deveria figurar como elemento coadjuvante.

Tal mudança foi efetivada no espaço físico das instituições. Dessa forma, esse movimento estipulou a divisão interna dos hospitais, onde cada setor seria um local para determinados pacientes de uma mesma região geográfica do território francês. Assim, durante a internação e após a alta, essas(es) pacientes seriam acompanhadas(os) pela mesma equipe que, agora, além da(o) médica(o) psiquiatra, era composta também por enfermeiras(os), assistentes sociais e psicólogas(os) (Amarante, 1998).

Quanto à Psiquiatria Preventiva, surgiu nos Estados Unidos na década de 1950 em meio a questões econômicas e sociais, marcadas pela guerra do Vietnã, pelo aumento do uso de substâncias entre jovens e por movimentos como *black power* e *hippie*. Nesse contexto, a Psiquiatria Preventiva apareceu como um elemento de organização social (Amarante, 2013).

Para este movimento, a doença mental teria um "ciclo" como qualquer outra patologia, portanto seria passível de ser prevenida. Sustentada pela teoria de Gerald Caplan, concebia que as crises pelas quais as pessoas passam, no processo de seu desenvolvimento, ou por traumas

pontuais, poderiam ser mecanismos de produção de doença mental. Tudo dependeria da capacidade de *adaptação* das pessoas. Sendo assim, seria preciso instituir mecanismos de prevenção, a fim de garantir o equilíbrio social.

Caplan propôs que a prevenção da doença mental poderia se dar em 3 níveis: Prevenção Primária, Prevenção Secundária e Prevenção Terciária; sendo que a primeira cuidaria de intervir nas condições etiológicas possíveis de surgimento da doença mental, a segunda trataria do diagnóstico da doença já instalada e a terceira se ocuparia do tratamento e readaptação à vida social (Birman; Costa, 1994).

Esses autores observam que diagnosticar (Prevenção Secundária) e tratar/readaptar (Prevenção Terciária) não se constituíram em novidades no campo dessa psiquiatria, já que tais práticas se aplicavam desde o surgimento do asilo com Pinel. A grande inovação estaria no aspecto da Prevenção Primária, que prescindia da secundária e da terciária (Birman; Costa, 1994).

De acordo com Lancetti (1989), Caplan acreditava que, assim como na medicina preventivista, seria possível a aplicação de uma psiquiatria preventiva por meio de uma espécie da gestão da crise. Dessa forma, diante de potenciais desadaptados e desviados sociais, a psiquiatria propunha a "busca de suspeitos" para posterior encaminhamento e diagnóstico com psiquiatra, instaurando uma reforma de cunho meramente preventivista.

Importante destacar que esses movimentos tiveram papel fundamental no que diz respeito ao questionamento e às propostas de mudanças na forma como se cuidava dos transtornos mentais, particularmente, ao migrar de um modelo individual para uma abordagem comunitária e reformular o objeto da psiquiatria tradicional, que deixa de ser a doença mental para ser a saúde mental.

Entretanto, como pontua Amarante (1998, p. 34), "limitam-se a meras reformas do modelo psiquiátrico — na medida em que acreditam na instituição psiquiátrica como *locus* de tratamento e na psiquiatria como saber competente". Já para Birman e Costa (1994, p. 57), "trata-se de esquadrinhar o bem-estar moral e não mais tratar de doenças psíquicas: o mal engloba todos os desvios das normas; a Psiquiatria é a promotora do Bem-Estar".

Concomitante à Psiquiatria Preventiva norte-americana, surge na Inglaterra dos anos 60 um movimento que colocou em xeque a validade do saber psiquiátrico. Trata-se da antipsiquiatria, originalmente defendida por experientes psiquiatras como Ronald Laing e David Cooper. A antipsiquiatria, essencialmente, questionou as bases epistemológicas da psiquiatria clássica, jogando dúvidas sobre os fundamentos do seu suposto saber e corresponsabilizando-a pelo processo de cronificação das pessoas hospitalizadas.

Para Amarante (1998, p. 45), a antipsiquiatria "traz importante contribuição para a transformação teórica/prática do conceito de desinstitucionalização como desconstrução". Segundo o autor,

> A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de Comunidade Terapêutica e um 'lugar', no qual o saber psiquiátrico possa ser reinterrogado numa perspectiva diferente daquela médica (Amarante, 1998, p. 43).

No contexto italiano, Franco Basaglia desencadeia um processo que, posteriormente, se tornaria a maior e mais contundente investida na luta contra a institucionalização da *loucura* e determinaria os rumos do que hoje se conhece como Reforma Psiquiátrica. Ainda inspirado nas experiências das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, inicia sua trajetória na cidade de Gorizia, com objetivo de transformar o hospital.

Na década de 70, em Trieste, Basaglia promoveu um profundo processo de desconstrução da estrutura manicomial, entendendo que desinstitucionalização está para além das mudanças nas estruturas físicas ou humanas. Trata-se, como pontua Amarante (1994, p. 62), de uma "ruptura dos paradigmas que fundamentam e autorizam a instituição psiquiátrica clássica".

Para Basaglia, o movimento que a psiquiatria havia feito, desde o seu nascimento em Pinel, deveria se inverter. Conforme Lancetti e Amarante (2006, p. 623), "Basaglia propunha que era preciso colocar a doença entre parênteses para que se pudesse tratar e lidar com os sujeitos concretos que sofrem e experimentam o sofrimento".

Ainda segundo os autores,

> Trata-se, aparentemente, de uma operação simples, mas na prática ela revela grande riqueza, pois o trabalhador de saúde mental, que antes tinha diante de si um esquizofrênico catatônico, um alienado, um incapaz de Razão e Consciência, encontra subitamente uma pessoa, com nome, sobrenome, endereço, familiares, amigos, projetos, desejos. Com a doença mental entre parênteses, o sujeito deixa de ser reduzido a doença; surgem assim necessidades outras, novas, que antes os trabalhadores de saúde mental não conseguiam vislumbrar. (Lancetti; Amarante, 2006, p. 623)

Colocar a doença entre parênteses não seria equivalente a ignorar que havia algo que trazia dor e sofrimento, mas tratava-se de negar a capacidade e soberania da psiquiatria, enquanto suposto saber instituído, que aprisionou mentes, dominou corpos e eliminou sujeitos em nome de tal saber. A partir desse momento, de acordo com Rotelli e Amarante,

> Começa a verdadeira demolição do aparato manicomial com a extinção dos "tratamentos" violentos, a abertura dos cadeados e das grades, a destruição dos muros que separavam o espaço interno do externo, a constituição de novos espaços e formas de lidar com a *loucura* e doença mental. (Rotelli; Amarante, 1992, p. 43)

Após o fechamento do Hospital Psiquiátrico Provincial de Trieste, em 1976, a Itália experimenta a maior e mais efetiva reforma psiquiátrica em sua história (Rotelli; Amarante, 1992). São abertos Centros de Saúde Mental, criadas Cooperativas de trabalho, instituídas Residências para egressos de internações, construídos Serviços de Emergências Psiquiátricas e é aprovada, em 13 de maio de 1978, a Lei 180, que substituiu a antiga legislação no contexto dos transtornos mentais. Todo esse aparato tem como finalidade marcar um novo tempo, uma nova compreensão, um novo lugar e uma nova relação social com a *loucura*.

2.2 A prática do alienismo no Brasil

Em solo brasileiro, o fenômeno da *loucura* não atraiu o interesse da sociedade, até a chegada da família real, em 1808, no Rio de Janeiro. Segundo Amarante (1994), os *loucos* podiam ser encontrados nas prisões, em casas de correção, em asilos, ou mesmo perambulando pelas ruas ou nos porões das Santas Casas de Misericórdia. Já para Arruda[9] (1985, apud Silva; Holanda, 2014, p. 128), o *louco* "ainda era uma figura que estava mais para o excêntrico e o exótico, objeto de irrisão e tolerado como o bufão da cidade ou o vagabundo; porém, não necessitado de tratamento ou cuidados médicos".

A ocupação eminentemente religiosa das Santas Casas de Misericórdia com os pobres e miseráveis sociais (futuros *loucos*) ganhou reforço médico a partir de 1813 (Silva; Holanda, 2014). Entretanto, apesar do estado de degradação nas condições sanitárias, é apenas a partir de 1830 que os *loucos*, até então, invisíveis, passaram a chamar a atenção da comunidade médica. De acordo com Gonçalves e Edler (2009),

> No início da década de 1830, discussões envolvendo a situação dos alienados mentais que vagavam pelas ruas e o tratamento a que eram submetidos aqueles que se encontravam reclusos nas enfermarias da Santa Casa de Misericórdia ganharam relevo na Corte Imperial, mobilizando membros da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro e da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Os maus-tratos, a falta de um tratamento físico e moral condizente, de um médico especialista, de enfermeiros competentes e, sobretudo, de condições higiênicas adequadas ao tratamento de doentes constavam nas denúncias formuladas nesta década pelos membros da Comissão de Salubridade Geral da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, que a partir destas constatações passavam a reivindicar a criação de um estabelecimento dedicado especialmente ao tratamento de alienados. (Gonçalves; Edler, 2009, p. 394)

É a partir do apontamento dessas inadequações sanitárias, feito pela Comissão de Salubridade da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (Oda, 2013, p. 633), que se elabora o primeiro diagnóstico social daqueles sujeitos marginais, embora não houvesse, até aquele

[9] Arruda E. Resumo histórico da psiquiatria Brasileira. Rio de Janeiro: JC/UFRJ; 1985.

momento, na recente comunidade médica, um saber específico sobre o fenômeno da *loucura*; o que mudaria anos mais tarde.

Em 1836 surgiu a primeira "tese" sobre alienação mental, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, defendida em 1837, por Antônio L. da Silva Peixoto, sob o título "Considerações gerais sobre a alienação mental", na qual o autor, já nas justificativas, aponta que se tratava apenas de um meio para se obter o título de doutor em medicina. A tese, de fato, consistia, em sua maior parte, em uma mera reprodução textual da literatura psiquiátrica francesa pineliana. (Oda, 2013).

O esforço da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro para colocar a *loucura* sob as lentes médicas teve seu ápice quando José Martins da Cruz Jobim, membro Comissão de Salubridade,

> [...] leva a público seu protesto contra o 'estado de abandono em que se encontravam os doentes mentais', escrevendo (em 1839) um artigo sobre a 'Importância da necessidade de criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados'. (Silva; Holanda, 2014, p.130)

Apesar desses apelos, permaneciam as condições sanitárias decadente nos ambientes das Santas Casas. Na mesma proporção, intensificavam-se os protestos da comunidade médica — agora sob o nome de Academia Imperial de Medicina (Gonçalves; Edler, 2009) — que, apropriada da teoria e das práticas aplicadas por Pinel, na França, buscava demarcar seu espaço, disputando com a igreja a primazia da assistência à *loucura*.

Finalmente, em 1841, o grito da Academia Imperial de Medicina, "aos loucos o hospício", ecoou nos ouvidos imperiais. Por meio do Decreto de 18 de julho daquele ano, D. Pedro II autoriza a construção do hospício que foi batizado com seu nome e cujo modelo e suntuosidade se inspiravam na experiência francesa, inclusive com alas em homenagem a Pinel e a Esquirol (Teixeira; Ramos, 2012).

Importante observar a flagrante desarticulação na percepção médica, quanto aos maus tratos destinados aos *loucos*, em relação à situação vivida pelas(os) escravizadas(os), as(os) quais eram cotidianamente submetidas(os) a maus-tratos. A classe médica daquele momento, fortemente ancorada na medicina francesa, limitou a questão dos maus-tratos apenas a uma noção biológica, ignorando a discriminação étnica e compreensões sociais. A comunidade médica do império convivia bem com a violência da escravidão, mas "incomodava-se" com a insalubridade do tratamento sanitário ofertado aos *loucos*.

Nesse contexto, Paulo Amarante pergunta:

> Quem são estes loucos? As esparsas referências que se pode encontrar demonstram que podem ser encontrados preferentemente dentre os miseráveis, os marginais, os pobres e toda sorte de párias; são ainda trabalhadores, camponeses, desempregados,

> índios, negros, "degenerados", perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma, por algum motivo, padecem de algo que se convenciona englobar sob o título de doença mental. (Amarante, 1994, p. 75)

No entendimento de Teixeira e Ramos (2012), a determinação imperial para a construção do primeiro hospício em solo brasileiro teve a função simbólica de resgatar o prestígio imperial, ao exibir ao mundo um Brasil supostamente em progresso, e que estaria em sintonia com as atuais práticas alienistas. De fato, esta época, que Robert Castel chama de "A era de ouro do Alienismo", é marcada pela disseminação do saber e da prática psiquiátrica, em que as nações em desenvolvimento demonstravam sua capacidade para "cuidar" dos seus *loucos*.

Assim, dentro do processo colonizador, a *loucura* é instrumentalizada, também no Brasil, com a intenção de emparelhar o poder do Estado ao poder da ciência, em especial da nova especialidade, a psiquiatria. Para Teixeira e Ramos (2012, p. 366), "exibir um asilo de alienados, em meados do século XIX, era a prova cabal da modernidade científica e tecnológica de uma nação".

Embora a ordem para edificação do hospício tenha se dado sob os apelos médicos, em 1841, a abertura oficial e recepção — tanto de indigentes como de outros *loucos*, cuja estadia era custeada pela família — só ocorreu em 1852. Mesmo assim, os 45 primeiros anos de existência do hospício foram marcados por uma administração absolutamente religiosa e nos moldes dos asilos do século XVIII (Teixeira; Ramos, 2012).

Dessa forma, apenas após a Proclamação da República, em 1890, em meio a disputas e conflitos internos entre médicos e religiosos, o hospício foi totalmente separado do viés religioso, para ser assumido pelo "saber psiquiátrico", passando a ser denominado de "Hospício Nacional de Alienados", já registrando índices de superlotação desde 1862 (Moreira, 2011, p. 739).

Vale observar que, a despeito da precariedade na assistência aos *alienados*, verificada no hospício D. Pedro II, mas já observada desde os anos de 1930, outras 6 unidades manicomiais foram construídas em capitais brasileiras, sendo que São Paulo recebeu sua unidade em 1852; Pernambuco, em 1864; Pará, em 1873; Bahia, em 1874; Rio Grande do Sul, em 1884; e Ceará, em 1886.

A chegada da República demarcou definitivamente, no Brasil, a assunção da psiquiatria, já naquele momento uma disciplina "independente", ao lugar de saber detentor do fenômeno da *loucura*. O Decreto 508/1890, 49 anos após o primeiro decreto imperial, "*Approva o*

regulamento para a Assistencia Medico-Legal de Alienados", colocando a alienação como objeto específico do saber médico (Silva; Holanda, 2014).

Em razão das críticas recebidas devido ao estado insalubre e irregular do hospício, no mesmo ano de 1890 foram criadas colônias, que, inspiradas em modelos de colônias agrícolas francesas, propunham a laborterapia como forma de reabilitação naquele momento. Tinham o objetivo de resolverem o problema das superlotações, mas, acima de tudo, serviram ao propósito de "guardarem" os *loucos* socialmente mais "indesejáveis".

Basicamente reproduzindo experiências francesas, a psiquiatria se detém em embates teóricos quanto às causas e origens da alienação. Para Silva e Holanda (2014),

> No final do século XIX, o campo da psiquiatria está, então, polarizado em duas vertentes: uma, cuja compreensão dos fenômenos psíquicos e do tratamento das doenças mentais se funda numa ciência biomédica e outra, para a qual a compreensão dos mesmos fenômenos tem uma base psicodinâmica. O paradigma biomédico adquire hegemonia. [...] O pensamento de cunho biomédico passa a valorizar a ideia de que a doença está localizada no cérebro, devido a disfunções orgânicas. Estas seriam causadas, por sua vez, por herança, por hereditariedade. (Silva; Holanda, 2014, p. 134)

"A psiquiatria brasileira", para esses autores, "estava influenciada pela psiquiatria de base higienista de Morel e especialmente pelas pesquisas, em Munique (Alemanha), de Emil Kraepelin, que lá dirigira centro de pesquisas em psiquiatria biomédica entre os anos de 1903 e 1921" (Silva; Holanda, 2014, p. 139).

Birman (2010) pontua que a teoria da degeneração[10] de Morel, retomada por Emil Kraepelin, é adotada por Juliano Moreira, sendo este quem "inscreveu de maneira sistemática o paradigma psiquiátrico de Kraepelin na totalidade do campo da psiquiatria no Brasil, marcando efetivamente a ruptura nesse campo" (Birman, 2010, p. 346).

> Sendo assim, tal redirecionamento implicou o deslocamento decisivo do referencial teórico na leitura do campo da medicina mental no Brasil. Com efeito, se a tradição psiquiátrica francesa foi crucial no tempo inicial do alienismo no Brasil, foi a tradição alemã que passou a dar as cartas do jogo da verdade com a virada em questão. Além disso, a partir de então, ela tornou-se hegemônica, durante décadas, na direção das linhas de força da psiquiatria brasileira. (Birman, 2010, p. 347)

Assim, é após a designação de Juliano Moreira para a direção da Assistência Médico-legal de Alienados, em 1903, que a compreensão da psiquiatria brasileira, quanto ao fenômeno da *loucura*, foi profundamente marcada pelo pensamento da escola psiquiátrica alemã. Nos 27

[10] A teoria da degenerescência, ou degeneração de Bénédict-Augustin Morel, publicada em 1857, propunha, em linhas gerais, que algumas pessoas seriam biologicamente predispostas a um processo hereditário degenerativo em nível físico e moral. A *alienação* ou a "doença mental", assim como os vícios, as más condutas e *desvios de caráter*, seriam transmitidas por gerações anteriores. A teoria serviu de referência para Emil Kraepelin na constituição de uma nosologia psiquiátrica, em que fatores endógenos seriam decisivos na determinação das "anormalidades mentais". (Birman, 2010).

anos da gestão de Juliano Moreira, toda a "assistência" aos *alienados* foi orientada por uma nova compreensão etiológica das "doenças mentais".

Amarante (1994, p. 77) observa que "o Biologicismo, tendência predominante da tradição alemã, passa a explicar não apenas a origem das "doenças mentais", mas também muitos dos fatores e compreensões étnicos, éticos, políticos e ideológicos de múltiplos eventos sociais".

De acordo com Amarante (2013), sob a gestão de Juliano Moreira, foram construídas dezenas de colônias por todo o Brasil, na tentativa de reformar as condições dos hospícios no país. Entretanto, esse projeto serviu para reforçar os estigmas em relação aos alienados e, em casos particulares, aos governos, como estratégia de limpeza étnica, social e ideológica.

Apenas na colônia do Juquery, em São Paulo, de acordo Sakaguchi e Marcolan (2016, p. 477), no período do Regime Militar, "houve incrível aumento das internações e o número de internos que era de 7.099 em 1957 atinge 14.438 internos em 1968". Inaugurada por Franco da Rocha em 1898, se eternizou como símbolo de violência, maus tratos e crueldade. Conforme Daniel Navarro Sonim,

> Além da medicação pesada, os pacientes eram amarrados em camisas de força, submetidos a banhos gelados e passavam pelas temidas sessões de eletrochoque. Os tratamentos para a *loucura* que, hoje se sabe, serviam apenas para coagir e torturar os pacientes, ainda incluíam injeções do parasita da malária, aplicação de altas doses de insulina para provocar o coma e a lobotomia, que retirava pedaços do cérebro. (Sonim, 2015).

2.3 A Reforma Psiquiátrica no Contexto Brasileiro

No contexto brasileiro dos anos de 1970, as instituições psiquiátricas reproduziam as condições degradantes já expostas acima. Tanto na esfera pública quanto na privada, a saúde encontrava-se em estado caótico. Além disso, o período da ditadura militar foi ambiente fértil para a mercantilização da saúde e, dentre outras, a prática psiquiátrica tornou-se nicho econômico promissor. De acordo com Pitta,

> Na era da "indústria da *loucura*", em plena ditadura militar, se construía manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. O fluxo do dinheiro público para a esfera privada nesse período é revelado no fato de que, entre 1965 e 1970, a população internada em hospitais públicos permaneceu a mesma, enquanto a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil, em 1965, para trinta mil em 1970. (Pitta, 2011, p. 4583).

Na efervescência dos movimentos sociais da época, as ações de resistência às práticas alienistas — que já aconteciam no país de forma isolada, por importantes personagens como Nise da Silveira — ganham corpo quando o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

(MTSM) se mobiliza para denunciar as precárias condições das instituições manicomiais. Entre os motivos para a denúncia, estavam os ambientes insalubres de trabalho, questões salariais e, sobretudo, a condição de deterioração, desumanidade e violência que imperava no interior dos manicômios (Amarante, 1998).

Para Amarante (1998), o início do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu a partir de 1978, momento em que a sociedade brasileira mais questionava o regime militar, sentia a ausência da assistência do Estado, especialmente na saúde, e ansiava pela democracia. Apesar de ser eclodida por atores nacionais, teve oportuna influência de ilustres personagens.

> Entre os anos de 1975 a 1980 o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira recebia da Europa em São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador, Belo Horizonte e Barbacena insumos importantes para abastecer seus ideais reformistas: Franco Basaglia, Michel Foucault, Ronald Laing, Felix Guattari, Robert Castel vinham para Congressos, Seminários em Universidades. (Pitta, 2011, p. 4582).

A partir de 1978, entre mobilizações da sociedade, congressos e conferências, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira avança em capitais como São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Santa Catarina. Pontualmente, em 1978, a convocação do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru, demarca outro importante momento no processo da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Naquele contexto, nasceu o Movimento da Luta Antimanicomial (MLA) (Amarante, 1998).

Para Scarcelli (1998), o MLA, sob a bandeira "Por uma Sociedade sem Manicômios",

> [...] vai ampliar os princípios e as formas de participação buscando uma articulação com movimentos democráticos populares. A associação de usuários e seus familiares passam a ter um papel fundamental de destaque nesse sentido [...] o hospício passa a ser considerado o emblema da relação de violência, segregação, massificação difundidas em nossa sociedade. (Scarcelli, 1998, p. 23)

Conforme Amarante (1998, p. 94), " é nessa trajetória que surgem o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS[11], em São Paulo, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos, com a posterior criação de Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e surge o Projeto de Lei 3.657/89". Esses são alguns marcos iniciais de um processo reformulador na atenção à saúde mental no Brasil.

Vale destacar que o referido Projeto de Lei 3.657/89 foi engavetado por cerca de 12 anos no Senado, mesmo após aprovação na Câmara dos Deputados. Apesar disso, serviu de referência e motivação par que outros projetos fossem elaborados, criando avanços nas políticas

[11] De acordo com a Portaria Ministerial 3.088 de Dezembro de 2011, o CAPS "é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo". Os CAPS são ofertados por modalidades, de acordo com o contingente populacional e conforme a natureza das demandas em saúde mental.

de saúde mental em estados como Santa Catarina, Rio Grande do Norte, Paraná, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Amarante, 1998).

A criação do Sistema Único de Saúde pela Lei 8080/90 e especialmente da Lei 10.216/2001 — fruto do Projeto de Lei 3.657/89 — demarcam o início para a construção de um aparato socioassistencial. Propõe-se uma rede substitutiva, em contraposição ao modelo manicomial, indicando possibilidades de um novo olhar, compreensão e relação com a *loucura* nessa nova conjuntura.

Nesse sentido, a Portaria 3088/2011 estabeleceu uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), pensada e organizada em vários níveis de complexidade, a fim de ocupar paulatinamente a centralidade do cuidado, antes pretendido pelo hospital psiquiátrico/manicômio. Estrutura-se desde a atenção básica, atenção especializada, de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, até as estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial[12] (Brasil, 2011).

Dessa maneira, a relação entre *loucura*/doença/saúde mental tem sido transformada graças ao processo epistêmico-político-jurídico-social, desencadeado em diferentes momentos por movimentos que possibilitaram a constituição da Saúde Mental como um campo de saberes e prática (Rotelli, 1990) (Costa, 1989) (Amarante, 2017) e (Scarcelli, 2017).

Ainda que, nos limites e possibilidades do seu tempo, movimentos tenham se configurado como mecanismo de retroalimentação de práticas e saberes, conseguiram propor avanços nas narrativas e modos de compreender tais práticas e saberes.

Enquanto processo, os movimentos de reforma promoveram mudanças no modelo de assistência aos *loucos*, especialmente porque instauraram importante debate epistêmico-político-jurídico-social na trajetória para construção da Saúde Mental enquanto um campo de saberes e de um novo lugar social para a *loucura*. De locais de caridade e filantropia, calabouços e mesmo prisões, a *loucura* foi metodologicamente colocada entre parênteses.

Agora, aqueles, outrora *alienados*, *insanos* e *doentes*, têm a possibilidade de transitar por espaços potencializadores, em um movimento em direção à afirmação da sua subjetividade e de resgate de sua história e desejos, antes suprimidos por mecanismos institucionalizadores. O caminho trilhado pelo campo da Saúde Mental questionou conceitos, transitando, entre outros modos, da noção de *loucura* para saúde mental.

[12] Preferiu-se a descrição que se baseia na Portaria 3088/2011 para representar a RAPS, o que corresponde à proposta alinhada ao campo da Saúde Mental. Desde 2016, o Ministério da Saúde rompeu com a proposta de Atenção Psicossocial até então adotada, especialmente em relação à política de álcool e outras drogas, incluindo na RAPS, por exemplo, as comunidades terapêuticas. O assunto será abordado no capítulo a seguir.

Como consequência desse deslocamento da *loucura*, enquanto doença, para um campo maior, denominado de Saúde Mental, exige-se outra concepção sobre o cuidado e manejo das pessoas em sofrimento psíquico — que passa de estruturas fechadas para o território, de relações hierarquizadas, para relações horizontais ou mesmo transversais, de cuidado médico-centrado, para interdisciplinaridade.

O *sujeito em sofrimento* deixa de estar agora circunscrito a um saber absoluto e passa ser compreendido e cuidado na complexidade do tecido social; não mais em um lugar específico de "tratamento", mas na construção de uma rede que se constitua cada vez mais, de fato, substituta do modelo asilar.

Nesse aspecto, importa ressaltar o que diz Scarcelli:

> A concretização de um modelo de atenção substitutivo ao manicômio está intrinsicamente relacionada a questões de ordem econômica, política, social e intersubjetiva. Implantar novas práticas, considerando tal complexidade, implica poder equacionar diferentes âmbitos que vão do técnico ao político, do social ao individual. (Scarcelli, 1998, p. 56)

Portanto, cabe indagar para onde caminha esse campo denominado de Saúde Mental. Conceitos foram ressignificados, políticas foram instituídas, decretos, portarias e leis foram aprovados e noções ampliadas. Entretanto, a instituição manicomial e tudo o que ela representa será sempre atual, pois o projeto de desconstrução implica permanentes lutas e enfrentamentos frente aos limites estruturais de nossa sociedade.

3 SAÚDE MENTAL COMO CAMPO DE SABERES

> O espírito científico proíbe que tenhamos uma opinião sobre questões que não compreendemos, sobre questões que não sabemos formular com clareza.
>
> Gaston Bachelard

No cotidiano da prática como trabalhador, ocupando o lugar de interlocutor de saúde mental e observando rotineiramente este contexto, é tentador reduzir as complexidades que perpassam esse contexto, traduzindo-as em respostas óbvias. Ainda que algumas respostas, de fato, sejam bem óbvias, como a quantidade de profissionais insuficiente ou demandas acima da capacidade dos serviços, parece ser possível afirmar que tais questões, por si sós, são insuficientes para compreender tal complexidade. Uma das dimensões a ser considerada refere-se ao marco teórico que fundamenta e se retroalimenta das políticas e práticas de saúde mental.

Este capítulo está dedicado a essa dimensão. Faz-se necessário, neste primeiro momento, ainda que de forma breve, retornar às bases da psiquiatria asilar e aos primeiros movimentos que propuseram modos de lidar com a *loucura*.

A invenção da psiquiatria já foi um esforço nesse sentido. Com Pinel, surge uma primeira proposta que visava substituir as práticas que produziram o "grande enclausuramento" por uma intervenção que não colocasse os ideais de liberdade e igualdade da Revolução Francesa em xeque (Amarante, 2016).

As mudanças impetradas naquele momento histórico, entretanto, apesar de demonstrarem certo aspecto humanizador — com Pinel libertando os "*insanos*" das correntes — trataram-se apenas de outra intervenção ainda mais segregadora e violenta, posto que esta se apresentava revestida do poder e autoridade da ciência médica. Yasui (2010) diz que

> Pinel, depois de haver "libertado os acorrentados", reconstituiu em torno deles um encadeamento moral, que transformou o asilo em uma espécie de instância perpétua de julgamento: o louco era vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões; contradito no seu delírio, ridicularizado nos seus erros: a sanção tinha de seguir imediatamente qualquer desvio em relação a uma conduta normal. (Yasui, 2010, p. 85).

Essa racionalidade científica que surge com a Renascença possibilitou que a psiquiatria, alicerçada nos princípios das ciências naturais, desenhasse um construto epistemológico, cuja

tarefa seria dar conta de esquadrinhar, conhecer e controlar aquele fenômeno, até então temido e marginalizado.

De acordo com Yasui (2010), o rigor e critérios, próprios desta cientificidade, aplicados aos fenômenos da natureza, permitiram que as pessoas em sofrimento psíquico fossem concebidas enquanto objetos naturais de estudo. Portanto, a partir do isolamento e esquadrinhamento científico, se produziu supostas verdades sobre os sujeitos.

> O laboratório é o lócus privilegiado dessa produção. Retira-se o objeto da complexidade da Natureza isolando, esquadrinhando, criando e controlando circunstâncias e momentos, busca-se reproduzir, observar e deduzir conclusões sobre ele. É entre quatro paredes que a verdade sobre o objeto deverá ser submetida ao ritual de sua prova final, de verdade, com critério, lógica e rigor. (Yasui, 2010, p. 80).

Nesta trajetória é que a psiquiatria pineliana, em lugar da desejada solução para o problema da "*loucura*", entregou à França recém-revolucionária "sujeitos alienados", portadores de "doença mental", estruturas manicomiais e um especialista médico: o alienista. A definição do que é normal ou patológico passou a ser competência desta figura, cuja ferramenta de trabalho é o suposto saber psiquiátrico.

Sobre o papel do alienista, Amarante (2016, p. 41) diz: "colocado em um lugar da ciência que, acredita-se, não é contaminado pelas influências da cultura, da economia e da sociedade, o alienista, valendo-se de sua percepção social, determina o que é normal e patológico". Para o autor, é este método de conhecimento que retira o aspecto fenomenológico da *loucura* e lhe atribui uma identidade: "doença mental".

É neste horizonte que o fenômeno da *loucura* é capturado para ser submetido à construção de discursos e saberes sob a ótica médica. No processo de esquadrinhar a *loucura*, porém, a psiquiatria operou uma cisão entre a pessoa e as manifestações do seu sofrimento. Elegeu como objeto de sua intervenção, não a pessoa, mas uma entidade abstrata, à qual denominou de "doença mental". Para Rotelli e Amarante (1992)

> As ciências, ao pretenderem conhecer a totalidade de seus objetos de conhecimento, acabam por operar um movimento oposto: produzem conceitos e mais conceitos, e não há nada mais redutor do que o conceito. O conceito é sempre redutor da complexidade do fenômeno e, em certos casos, o fenômeno chega a ser reduzido ao conceito do fenômeno. (Rotelli; Amarante, 1992, p. 52).

Ocorre que os sintomas, sinais observáveis no fenômeno "doença mental", inventado pela psiquiatria, nada disseram sobre o indivíduo e sua história subjetiva, sua identidade, ou mesmo sobre sua e dor e seu sofrimento. Serviram apenas ao propósito da psiquiatria de sistematizar um pseudo saber, que reduziu a complexidade do sofrimento humano a uma simples nosologia.

Nesse processo, não se buscava a cura da "doença mental", mas uma forma de submetê-la ao controle da "ciência psiquiátrica". Tais sintomas não se constituíram em sinais que indicaram o caminho da cura, como se pôde observar na prática alienista, na qual os manicômios mantiveram-se superlotados de sujeitos adoecidos e cronificados pelo processo de institucionalização que se operou.

Pelo contrário, os sintomas, mais do que indicarem uma doença, se revelaram como produto de um funcionamento manicomial; foram a reação possível de sujeitos aprisionados pelos mecanismos institucionais, e se manifestaram como defesa contra um sistema médico que os anulava, seja por impedir a expressão de sua dor e sofrimento, seja negando-lhes uma forma de existência.

Como primeira tentativa de se qualificar a atenção dada aos *loucos*, a psiquiatria mostrou-se tão infrutífera na prática quanto fator de maior adoecimento, em razão das "verdades" inventadas sobre a *loucura* e dos mecanismos institucionais de disciplina e controle. Naquele momento histórico de uma França revolucionária, nas palavras de Amarante (2016, p. 37), "De um lado, questiona-se sua ousadia teórica e prática; de outro, seu excessivo poder".

É neste contexto de crise e críticas à recente psiquiatria que surgem movimentos com a finalidade de darem uma resposta institucional à realidade manicomial daquele tempo. Ao abordar tais movimentos de reforma, Amarante (1998) identifica, de um lado, aqueles que propuseram reformulações restritas ao contexto asilar, ou buscaram apenas uma melhoria das práticas psiquiátricas, como os movimentos das Comunidades Terapêuticas, Psicoterapia Institucional, Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva.

De outro lado, aqueles que se caracterizaram pela superação de meras reformas estruturais e assistenciais, ao dirigirem contundente crítica à psiquiatria, demarcando uma ruptura epistemológica e de descontinuidade com seu saber, como a Antipsiquiatria e a chamada Psiquiatria Democrática atribuída a Franco Basaglia.

Esta atitude epistemológica, demonstrada por esses dois últimos movimentos, é fundamental para a formulação de concepções críticas ao modelo psiquiátrico e para um processo de desconstrução do seu aparato teórico. Consequentemente, permite a superação do que Bachelard (1996, p. 17) chama de "obstáculos epistemológicos", e uma contínua postura de "espírito científico", o qual seria caracterizado pela inquietude e não conformidade com "verdades finais".

> É assim que, em todas as ciências rigorosas, um pensamento inquieto desconfia das *identidades* mais ou menos aparentes e exige sem cessar mais precisão e, por conseguinte, mais ocasiões de distinguir. Precisar, retificar, diversificar são tipos de pensamento dinâmico que fogem da certeza e da unidade, e que encontram nos sistemas homogêneos mais obstáculos do que estímulo. Em resumo, o homem movido pelo

> espírito científico deseja saber, mas para, imediatamente, melhor questionar. (Bachelard, 1996, p. 21)

Gaston Bachelard também postula que a construção do conhecimento científico necessariamente deve ser caracterizada por uma ruptura com o saber instituído. A evolução do conhecimento, nessa lógica, se daria não pela manutenção da linearidade do conhecimento, mas pela "descontinuidade" (Bachelard, 1996, p. 25). À luz destes apontamentos, é possível notar claramente o elemento fundamental que distingue a antipsiquiatria e a psiquiatria democrática dos movimentos antecedentes: e ruptura epistemológica.

Ao adotar tal postura, inicia-se a construção de um saber outro. Não dogmático, mas questionador; não absoluto, mas aberto à diversidade de percepções possíveis sobre um fenômeno, cuja complexidade fora reduzida à manifestação de sintomas pela psiquiatria. Inicia-se, assim, um processo dialético, no qual a dinâmica descontruir-construir-reconstruir será necessária, a fim de se reinventar quando preciso, para reinscrever na vida o ser em sofrimento/existência, outrora anulado pela ciência psiquiátrica. De acordo com Amarante[13] (2003 apud Yasui, 2010),

> Há uma dimensão epistemológica na Reforma Psiquiátrica que se caracteriza pelo conjunto de questões situadas na produção dos saberes e que demandam a desconstrução dos conceitos fundantes da psiquiatria, tais como doença mental, alienação, isolamento, terapêutica, cura, saúde mental, normalidade, anormalidade. (Yasui, 2010, p.77).

A antipsiquiatria inaugura essa trajetória de desconstrução, que agora ultrapassa a crítica aos limites do funcionamento manicomial e à ineficaz terapêutica assistencial psiquiátrica. Não se trata de reformas estruturais ou reformulações nas técnicas de cuidado. Importa, agora, desempoderar o saber psiquiátrico, desvalidando-o, enquanto detentor do domínio sobre a *loucura.*

Fundamentada em correntes teóricas como a fenomenologia, o existencialismo, a psicanálise e o marxismo, entre outras, a antipsiquiatria busca demonstrar a inadequação do saber psiquiátrico aplicado à *loucura*. Busca resgatar o direito do *louco* à existência — outrora negado pela psiquiatria — e atribui outro sentido à manifestação deste fenômeno (Amarante, 1998).

Amarante (1998) entende que, embora o termo antipsiquiatria tenha sido historicamente associado à mera contestação e rebeldia, ele buscava demarcar uma contundente oposição ao

[13] Amarante PA, (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (Coord.). Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

corpo teórico da psiquiatria. Propunha que a doença apontada pela psiquiatria fosse localizada fora do sujeito e não em seu corpo.

Já para Roudinesco (1998, p. 25), "embora o termo antipsiquiatria tenha sido inventado por David Cooper num contexto muito preciso, ele serviu para designar um movimento político de contestação radical do saber psiquiátrico, desenvolvido entre 1955 e 1975". A despeito das diferenças quanto à natureza e ao percurso temporal do movimento, ambos os autores pontuam, em comum, o seu aspecto revolucionário e objetivos voltados ao enfrentamento do saber psiquiátrico.

Na antipsiquiatria, "enlouquecer" seria a reação possível, e até mesmo de resistência, aos inúmeros atravessamentos institucionais, dentre eles, o manicômio, a prática psiquiátrica e a família. Ao silenciar o *louco*, a psiquiatria atenderia mais a interesses institucionais e menos ao *doente*. A terapêutica indicada estaria mais relacionada a permitir as expressões livres, seja pela fala, seja nas relações. Neste sentido, a antipsiquiatria aponta que

> A *loucura* é um fato social, político, e, até mesmo, uma experiência positiva de libertação, uma reação a um desequilíbrio familiar, não sendo, assim, um estado patológico, nem muito menos o louco um objeto passível de tratamento. O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão psiquiátrica, devendo, por isso, ser defendido e reabilitado. (Amarante, 1998, p. 44).

Ao indicar a *loucura* como produto social, a antipsiquiatria aponta para o que teria sido o grande equívoco da psiquiatria, ao adotar o modelo das ciências naturais para determinar que a *loucura* seria uma doença, naturalmente produzida. A utilização da visão biomédica na compreensão do fenômeno da *loucura* teria induzido a psiquiatria ao que Cooper (1973, p. 18) chamou de "infinita confusão metodológica". Costa[14] (1989 apud Amarante, 1998, p. 37), diz:

> Em primeiro lugar, a Psiquiatria viu-se constrangida a aceitar que a doença mental era do psiquismo e não do *soma*. Em segundo lugar, não mais podendo recorrer, de modo exclusivo, ao método das Ciências Naturais para explicar seu novo objeto, a Psiquiatria foi obrigada a buscar em teorias e disciplinas não médicas as bases de sua nova prática.

Tal equívoco fica evidenciado diante da impossibilidade da psiquiatria tradicional de se descrever uma etiologia para a "doença mental", ou indicar os danos celulares causados pelo "processo patológico", como se espera no paradigma biológico. Dessa forma, restaram apenas os sintomas, aos quais a psiquiatria se agarrou, dando "validade" à sua construção teórica.

O saber psiquiátrico teria se constituído em mais umas das diversas relações de poder, pelas quais o *louco* estaria dominado e que seriam as reais causas da *loucura*. Dessa forma, a

[14] Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1989. (Primeira ed. Pela Documentário, 1976).

antipsiquiatria localiza a doença nas relações em que o sujeito está imerso e não no próprio sujeito. Responsabiliza a instrumentalização do saber psiquiátrico tanto pela manutenção de tais relações, quanto pelo seu agravamento. Para Amarante (1995),

> A antipsiquiatria procura romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial vigente, buscando destituir, definitivamente, o valor do saber médico da explicação/compreensão e tratamento das doenças mentais. Surge, assim, um novo projeto de comunidade terapêutica em um "lugar", no qual o saber psiquiátrico possa ser interrogado numa perspectiva diferente daquela médica Amarante (1995, p. 43).

O apontamento da inconsistência teórica da psiquiatria, na criação de seu objeto de intervenção, possibilitou à antipsiquiatria a negação da doença mental. Consequentemente, todo seu arcabouço teórico pôde ser questionado, enquanto modelo de cuidado e assistência. Mais do que isso, identificou-se a própria atuação da psiquiatria como elemento adoecedor. Essa ruptura epistemológica permite a compreensão do aparato psiquiátrico como um mecanismo institucional e contribui para elaboração do conceito de desinstitucionalização, desenvolvido por Franco Basaglia, no âmbito da psiquiatria democrática (Amarante, 1998).

É preciso aqui observar que, embora este trabalho recorra aos contextos europeu e norte-americano para identificar contribuições epistemológicas para o campo da Saúde Mental, se reconhece que produções e experiências fora dessas regiões trouxeram igual contribuição, sem, contudo, receberem a mesma atenção.

Na América Latina, ainda nas décadas e 1930 e 1940, período anterior ao movimento da antipsiquiatria, portanto, o psiquiatra Enrique Pichon-Rivière (1907-1977) já apontava questões essenciais indicando necessidade de mudanças no manejo da *loucura*. Conforme observa Ianni Scarcelli,

> São questões atuais na sua radicalidade e que antecederam a crítica do movimento da antipsiquiatria, e nunca dialogaram sistematicamente com o campo da saúde mental no Brasil. [...] As questões e proposições que foram construídas pós-segunda guerra, principalmente na Europa, já eram desenvolvidas por Pichon Rivière na década de 1930, em plena América Latina em solos argentinos. Nesse sentido, em correspondência mantida com o psicólogo argentino Gregorio Kazi, Thomas Szazz reconheceu Pichon como precursor da antipsiquiatria. (Scarcelli, 2017, p. 69)

As razões que levaram ao silenciamento das produções de Pichon para o campo da Saúde Mental, no contexto da literatura brasileira, escapam ao escopo do presente trabalho. Entretanto, optamos por fazer este registro, inclusive como forma de denunciar a "existência do aparato de dominação em nossa sociedade, destinado, em última instância, a perpetuar as relações de produção, que são de exploração" (Scarcelli, 2017, p.70).

Tendo isso em consideração, retornamos ao contexto europeu, com as contribuições epistêmicas de Franco Basaglia.

A trajetória de Franco Basaglia (1924-1980) tem início em 1961, na Itália, ao assumir a direção do Hospital de Gorizia. Inicialmente, influenciado pelos referenciais teóricos das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, buscou implantar mudanças nas estruturas internas manicomiais, objetivando transformá-las em um lugar de encontros saudáveis, existências diversas e de relações horizontais (Amarante, 2016).

Entretanto, posteriormente, abandona esses referenciais ao entrar em contato com a fenomenologia, os escritos de Michel Foucault sobre o nascimento da psiquiatria e sua intervenção na *loucura*, e a crítica de Erving Goffman sobre as instituições. Basaglia concluiu que não seria possível alcançar seus objetivos apenas pela modificação de estruturas físicas, que historicamente se sustentaram pelo autoritarismo, controle e segregação.

Inspirado na obra de Goffman, *Manicômios, prisões e conventos*, publicada em 1961, Basaglia aprofunda sua percepção da psiquiatria enquanto aparato institucional e, neste contexto, trabalha o conceito de "institucionalização". A institucionalização, aqui, seria o exercício de princípios como autoritarismo e coerção, próprios da psiquiatria, os quais, tendo sido operados por longos tempos de internação, produziram um "vazio emocional" (Amarante, 2017).

Paralelamente, desenvolve o conceito de "poder institucionalizante", sendo caracterizado, segundo Amarante, (2017, p. 112) como um "conjunto de forças, mecanismos e aparatos institucionais". Para Basaglia, diante de tal poder, o "doente" é submetido à objetificação, num percurso de "redução e restrição" de si mesmo que, associado ao próprio quadro de sofrimento do sujeito, leva-o assumir a forma, a identidade e a essência que lhe são impostas, sendo este processo de difícil reversão.

Neste olhar, o manicômio, que é compreendido dentro das características de uma "instituição total", é o lugar privilegiado da instituição psiquiátrica, onde se dá a operacionalização do "poder institucionalizante", com a padronização e homogeneização do "doente", e a consequente captura de suas singularidades. Ao mesmo tempo, é também o lugar onde o sujeito histórico é mortificado para ressurgir o ser alienado, doente e perigoso.

A este processo institucionalizante, que subtrai subjetividades, produz um novo ser conformado e adaptado à lógica institucional, e ao mesmo tempo lhe imputa identidades, traços e características, como se lhe fossem próprias e inerentes, Basaglia denominou de "duplo da doença mental". Ele teria se inspirado no poeta e dramaturgo Antonin Artaud (na obra "O teatro e seu duplo"), conforme Amarante (2013, p. 67), para quem o conceito de "duplo da doença mental" é "o conjunto de preconcepções, preconceitos, estigmas, valores e juízos relacionados à doença mental". Amarante (2017) compreende que

> Por duplo da doença mental é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do sofrimento das pessoas. É a face institucional da doença mental, construída a partir da negação da subjetividade, das identidades, a partir da subjetivação extrema da pessoa. (Amarante, 2017, p. 113)

A partir dessa crítica, Basaglia propõe um rompimento com a visão homogeneizada da psiquiatria em torno da *loucura*, buscando resgatar desse conjunto de estigmas e preconceitos sobre a doença mental o sujeito real, ainda que em sofrimento, que o poder psiquiátrico havia aprisionado. Nota-se aqui a aproximação de Basaglia com a antipsiquiatria, não para negar a existência da "doença mental", mas para rejeitar o sentido e o lugar que a psiquiatria havia dado a ela, em detrimento do sujeito.

> Basaglia utiliza a expressão "doença mental" propositalmente entre aspas, não para negar a sua existência, mas para colocar sob suspeição a possibilidade de esse conceito, tal como cunhado pela psiquiatria, dar conta da complexa experiência que representa. Assim é que o termo "doença mental" dá lugar a "*existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social*", proporcionando ao conceito permanente condições para a sua própria transcendência. (Rotelli; Amarante 1992, p.51).

Nesse sentido, Basaglia, a partir da noção do "duplo", também aponta o equívoco da psiquiatria, tal qual fizera David Cooper, com a antipsiquiatria. Para Amarante (2013, p. 66), "Franco Basaglia considerava que a psiquiatria tinha um 'mal obscuro' por haver separado um objeto fictício, 'a doença', da existência global e complexa dos sujeitos e do corpo social". Nesse processo, a psiquiatria priorizou a doença imaginada e abandonou o sujeito real.

Esta constatação tem como desdobramento uma "atitude epistemológica", na qual Basaglia põe em xeque a validade da construção teórica da psiquiatria. Em oposição à metodologia utilizada pela psiquiatria, propõe um movimento inverso: isolar a "doença", deixando que o *sujeito em sofrimento* seja posto em evidência. Tratava-se da estratégia epistêmica de colocar a "doença mental" entre parênteses.

Esta atitude demarca a ruptura epistemológica com o saber psiquiátrico e a possibilidade de construção de outro olhar sobre o fenômeno da *loucura*, agora denominado de "*existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social".* Essa nova denominação, não apenas admite e reconhece que tal fenômeno imprime dor e sofrimento ao sujeito, como também privilegia o sujeito, cuja causa do sofrimento, nessa perspectiva, transcende o seu corpo.

Tal ruptura, diferente da antipsiquiatria, não propunha uma mera negação da "doença mental" ou da psiquiatria. Procurava, sim, problematizar a redução que o conceito "doença mental" impusera sobre um ser-sócio-histórico-em-sofrimento, denominando-o de *doente* ou *louco.* Para Basaglia, a esse conceito redutor deveria se dar uma pausa, pô-lo em suspensão e suspeição.

Como proposta epistêmica, desenvolve o termo "*existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo social*", que traz em seu bojo compreensões como amplitude, generalização e indicação; contrapondo-se ao conceito de "doença mental", de caráter específico, absolutista e afirmativo.

> De doença mental para *existência-sofrimento*, o fenômeno psíquico deixa de ser um mal obscuro que afeta as pessoas e passa a ser um fenômeno complexo, histórico, estado de não-equilíbrio. Instrumento de reconstrução da complexidade do fenômeno, a *existência-sofrimento* reorienta o objetivo da psiquiatria, passando da "cura" para a produção de vida, de sociabilidade, de subjetividade. (Rotelli; Amarante 1992, p. 52).

Desta forma, com a "doença entre parênteses", inicia-se um novo percurso em torno do fenômeno da *loucura*, no qual a *existência-sofrimento* resgata a complexidade que lhe é inerente. Convida a psiquiatria a novas práticas, agora, não mais visando à "cura" ou à imposição de "verdades", mas às possibilidades de invenções-reinvenções neste novo território, onde o sujeito é o protagonista em detrimento da racionalidade científica.

Amarante (2017, p. 122) ainda considera que a "doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao 'duplo' da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado". Esse marco teórico na trajetória de Basaglia aponta para um projeto de transformação institucional, que foi viabilizado pela proposta de desconstrução do arcabouço manicomial, e desemboca em uma concepção mais ampla: a desinstitucionalização.

Ainda conforme Amarante (1994, apud Amarante 1998, p. 49), "tal ruptura teria sido operada tanto em relação à psiquiatria tradicional (o dispositivo da alienação), quanto em relação à nova psiquiatria (o dispositivo de saúde mental)." O projeto de transformação institucional seria mais que uma ação para humanização das estruturas/práticas manicomiais, como pretendia Maxwell Jones com as comunidades terapêuticas. Também não se restringia a uma "melhoria do potencial terapêutico" da psiquiatria, proposta pela psicoterapia institucional, tampouco se assemelhava à psiquiatria de setor e muito menos à psiquiatria preventiva.

O projeto punha em discussão as "relações de tutela-custódia" e controle que se mantinham na práxis terapêutica entre médico e paciente. Questionava a fundamentação da periculosidade atribuída ao *louco,* pelo saber psiquiátrico, o qual autorizou a instituição do aparato asilar e o validou como sinônimo de cuidado. Essencialmente, defendia a "desmontagem e desconstrução de saberes/práticas/discursos comprometidos com uma objetivação da *loucura* e sua redução à doença" (Amarante, 1998, p. 49, grifo nosso).

A transformação institucional, exigida pela noção de desinstitucionalização, implica a necessidade de desmantelamento tanto do lugar que segrega (o manicômio), quanto do saber

que o sustenta enquanto dispositivo de cura e âmbito de práticas terapêuticas (a psiquiatria). Nessa perspectiva, a desinstitucionalização, na tradição basagliana, redimensiona a noção de desinstitucionalização que surgiu no âmbito da psiquiatria preventiva norte-americana.

> Foi ainda no âmbito da Psiquiatria Preventivista que surgiu o conceito de "desinstitucionalização", que se tornou uma das principais diretrizes das políticas de saúde mental nos EUA. Por desinstitucionalização, entendia-se um conjunto de medidas de "desospitalização, isto é, de redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, ou de redução do tempo médio de permanência hospitalar, ou ainda de promoção de altas hospitalares. (Amarante, 2013, p. 50).

É importante retomar aqui a psiquiatria preventiva, para lembrar que é nesse movimento que surge a noção de "saúde mental" como novo objeto de intervenção da psiquiatria, num esforço para superar os conceitos de alienação e doença mental. Colocando-se como "a terceira revolução da psiquiatria, após Pinel e Freud" (Amarante, 1998), a nova psiquiatria trouxe, no escopo de sua noção de desinstitucionalização, práticas que, até a atualidade, permanecem incorporadas nas políticas de saúde mental, cuja finalidade seria a "promoção de saúde mental".

Nesse sentido, a psiquiatria preventiva elegeu novos "lugares" onde deveria se dar esta promoção, como "centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais" (Amarante, 2013, p. 51). Além de seu novo objeto de intervenção, "a saúde mental", o modelo preventivista, segundo Costa[15] (1989, apud Amarante, 1998, p. 39) também institui

> um novo objetivo – a prevenção da doença mental;
> um novo sujeito de tratamento – a coletividade;
> um novo agente trabalhador – as equipes comunitárias;
> um novo espaço de tratamento – a comunidade;
> uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicossocial.

Dentro deste, os novos lugares e as novas práticas se constituíam em tentativa de superar o modelo manicomial por meio de serviços extra-hospitalares, com objetivo final de que estes serviços levassem à extinção dos hospitais psiquiátricos. Ocorre que a desinstitucionalização, nesta perspectiva, ainda se manteve atrelada ao velho paradigma da História Natural das Doenças, o qual atribuía uma linearidade no processo saúde/doença, sem levar em conta a influência de fatores socioculturais (Amarante, 1998).

Além disso, seu critério para avaliar a "normalidade/patologia" do sujeito, uma vez que se atrelava à noção de "adaptação/desadaptação", conduzia às intervenções "técnicas", calcadas em juízo de valores sobre comportamentos sociais "desviantes" ou "inadequados". A nova "técnica comunitária" se reduz, assim, a uma nova técnica psiquiátrica.

---

[15] Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Xenon; 1989. (Primeira ed. Pela Documentário, 1976).

Basaglia[16] (2005, apud Amarante, 2017, p. 123) diz que "a técnica comunitária nascida como resposta institucional à realidade manicomial é assumida como nova técnica psiquiátrica em sentido específico", e acrescenta: "Dessa forma, constata que essas novas instituições não estão presentes para tratar as pessoas, mas paradoxalmente, para, por meio da prevenção, produzir uma nova categoria de doentes".

Por tais razões, ao retomar a questão da desinstitucionalização, a partir de suas experiências em Gorizia e Trieste, Basaglia a redimensiona para a dimensão da desconstrução, que deverá ser efetivada dentro de um projeto de transformação institucional.

Assim, desinstitucionalizar ultrapassa a mera desospitalização que, embora rejeite o cuidado centrado na assistência hospitalar, não questiona o saber que o autoriza, e apenas o remove para outros "lugares" (Amarante, 2016). Tampouco, desinstitucionalizar, na tradição Basagliana, tem relação com desassistência, uma vez que, ao rejeitar o estigma da "doença mental", epistemologicamente, propõe a *existência-sofrimento*, como forma de apontar para um ser real, cuja dor e cujo sofrimento requerem cuidado.

A desassistência como sinônimo de desinstitucionalização, para Amarante (2016, p. 19), é entendida assim apenas por aqueles que são convenientemente orientados por interesses econômicos, como "a indústria farmacêutica, a corporação psiquiátrica e, mais especificamente em nosso contexto, os empresários de hospitais psiquiátricos".

Dessa forma, a desinstitucionalização seria um projeto no qual se caminha em duas vias paralelas. Na primeira, se busca a *desconstrução* das instituições, sejam elas as manicomiais, do saber psiquiátrico, dos aparatos técnicos assistenciais, dos dispositivos jurídicos, dos legislativos, ou sociais, que são instrumentalizados em torno da *loucura.* Na segunda, a via da *invenção,* onde se prioriza o *sujeito em sofrimento*, se mantém uma postura de permanente abertura ao novo, não cedendo à sedução de técnicas prontas e herméticas. Trata-se do princípio epistêmico fundamental de se colocar a "doença" entre parênteses. Como pontua Amarante (2016),

> É um processo a um só tempo provisório e permanente. Provisório no sentido de que deve ser realizado com o objetivo de possibilitar emergir o sujeito, seus desejos e sentimentos, obscurecidos pelo conceito de doença mental, e permanente enquanto princípio prático teórico, que coloca em discussão o saber psiquiátrico em todas as suas dimensões (Amarante, 2016, p. 92).

A atitude epistemológica de pôr a "doença" entre parênteses requer que o tema da *loucura* seja recolocado no campo da complexidade. Complexidade que não aponta para o

[16] Apresentação a "Che cos'è la Psichiatria?". In: Basaglia F. Escritos selecionados: saúde mental e reforma psiquiátrica, Rio de Janeiro: Garamond; 2005. p. 61-72.

engessamento, pelo contrário, implica em busca de possibilidades/caminhos dentro de um processo de saber/fazer, e em movimentos que ora se contrapõem, ora se complementam, sem, entretanto, se fossilizarem. Rotelli[17] (1990, apud Amarante 2016, p. 105) aponta que

> [...] a desinstitucionalização é um complexo processo, a um só tempo prático e teórico que, decompondo o saber e o olhar clínico, caminha no sentido de aceitar o desafio da complexidade dos múltiplos planos de existência, inventando novas possibilidades de inscrição dos sujeitos no corpo social.

Este contexto de complexidades, em que se efetivaria o projeto da desinstitucionalização, Amarante (2013) sugere que é composto por diversas dimensões, as quais se entrecruzam, numa dinâmica tal que ora se atraem, ora se repelem. Dentre as dimensões, o autor propõe quatro: Teórico-Conceitual ou Epistemológica, Técnico-Assistencial, Jurídico-Política e Sociocultural, as quais se procura descrever abaixo:

a) Teórico-Conceitual ou Epistemológica: embora não haja níveis de relevância ou predominância entre as dimensões, é possível compreender que esta tenha sido a que mais impactou o processo de mudanças na esfera da *loucura*, desde Pinel aos atuais dias. É esta dimensão que permite a compreensão de como o hospital deixou de ser um lugar de caridade para ser transformado em dispositivo de disciplina e controle.

Esta dimensão se refere ao conjunto de conhecimentos acumulados pelo ser humano, especialmente após o nascimento da racionalidade cartesiana e da pretensa captura do fenômeno da *loucura* pelo paradigma científico. Amarante assim a define:

> Diz respeito às incursões no âmbito da produção epistêmica do campo psiquiátrico-psicológico, isto é, sobre quais bases teórica e conceitual este campo definiu seus objetos de conhecimento e, por conseguinte, suas ferramentas para conhecer e compreender a realidade. (Amarante, 1999, p. 50)

Como se demonstrou acima, a conceituação teórica de Pinel para a *loucura*, a partir do pressuposto filosófico da desrazão, imputou ao *louco* a identidade de alienado. Pela mesma via da racionalidade, também concluiu que o asilamento seria o tratamento adequado à *loucura*, já que esta não se tratava de um mal no corpo, e sim um desvio das paixões, portanto, uma questão moral.

Após quase dois séculos de institucionalização do saber psiquiátrico, surge uma "nova" psiquiatria, com novos conceitos, novas propostas e novos paradigmas epistemológicos. A prática daquela psiquiatria moderna, entretanto, se mostrou teoricamente equivocada e

[17] Rotelli FA. instituição inventada. In: Rotelli F, Leonardis O, Mauri D, (Org.). *Desinstitucionalização* São Paulo: Hucitec: 1990.

insuficiente para operar a almejada desinstitucionalização. Birman e Costa (1994), ao apontarem ambiguidades teóricas na Psiquiatria Comunitária, pontuam:

> Não estamos absolutamente seguros diante de um sistema teórico seguro e consistente que pudéssemos colocar entre parênteses temporariamente, a fim de discutirmos a constituição de uma melhor rede assistencial. Estamos perante um problema que necessita ser tratado teoricamente. Pois, dele decorrem consequências de base sobre a organização de instituições voltadas para a assistência. (Birman; Costa, 1994, p. 41).

Dentre os vários desdobramentos da construção teórica da psiquiatria comunitária/preventiva, estes autores abordam dois que tiveram impacto determinante na institucionalização das práticas assistenciais: a eleição da saúde mental como novo objeto da psiquiatria e a demarcação da comunidade como lugar de intervenção. Com seu projeto de promoção de saúde mental na comunidade, o conceito de "crise", tal qual a "doença mental", ganha o estatuto de elemento definidor de bem-estar. A busca pela prevenção à crise, entretanto, levou ao esquecimento do sujeito.

A dimensão epistemológica implica constante vigilância para se fugir da sedução dos conceitos e teorias que, no anseio de explicar, reduzem e segregam pessoas. Esta dimensão exige que se mantenha a "atitude epistêmica", para "colocar entre parênteses" todo saber/fazer que objetive transformar a complexidade da "*existência-sofrimento*" em "verdades" e "certezas" que não privilegiam o sujeito social. Como diz Yasui,

> As palavras 'incerteza', 'desafios', 'riscos', 'curiosidade' estão sempre presentes ao se falar em complexidade. Essas mesmas palavras definem bem o sentimento daquele que busca compreender a aventura chamada *loucura*. Colocam-nos em movimento, na busca de construir pontes que nos levem à possibilidade de um diálogo com essa 'complexa vivência humana' (Yasui, 2010, p. 99, grifo nosso).

b) <u>Técnico-Assistencial</u>: esse é o lugar onde se concretiza a dimensão conceitual-epistemológica. Onde se materializam, diretamente em sujeitos concretos, as abstrações teóricas. É nessa dimensão que a violência do saber ou a produção de vida pode ser fundamentada epistemologicamente pela prática.

Interessante a análise que Amarante (2017) faz sobre o termo "clínica", no contexto da prática médica. Para o autor, o termo tem origem no vocábulo grego "*klinus*" ou "*klinikós"*, que significa leito. Assim, a "clínica" diz respeito ao ato médico de se inclinar sobre o leito para observar o doente, investigar sua enfermidade, determinar o diagnóstico/prognóstico e prescrever um tratamento.

Na análise, Amarante ressalta, simbolicamente, a intervenção médica de "inclinar-se sobre"; momento em que também impõe "inclinações" ao doente, seja pela relação hierárquica, seja pela prática medicamentosa, ou pelo suposto domínio da "verdade" sobre o corpo doente: "a clínica nasceu de uma relação com a 'doença' enquanto fato objetivo natural, da doença

enquanto fenômeno institucionalizado, e por isso mesmo enquanto fenômeno produzido e transformado pelo efeito da própria institucionalização" (Amarante, 2017, p. 122).

Em seu percurso de desconstrução, Basaglia foi para além das propostas de quebra na hierarquização do cuidado entre a equipe e na relação técnico/sujeito, já defendidas pelas Comunidades Terapêuticas. Propõe o questionamento da própria noção de "cuidado"; do que seria de fato "terapêutico".

A ideia central é que, à luz dessa dimensão, (a)o "técnica(o)", cuja prática sempre se fundamenta em um saber, mantenha-se atenta(o), em constante autocrítica quanto às tendências hegemônicas que o seu fazer ajuda a reforçar ou manter.

> A constatação extraída deste contexto é que nem a psiquiatria nem o manicômio, ou ainda, os técnicos, podem ser pensados de forma neutra, enquanto pertencentes a um aparato científico que funciona bem ou mal, dependendo do estado de desenvolvimento científico, ou da qualidade da administração ou dos recursos que lhes são disponíveis. (Amarante, 2016, p.73).

Nesse sentido, dentre outras compreensões dessa dimensão, é preciso destacar a necessária capacidade de leitura institucional, que deve perpassar o corpo de trabalhadoras da saúde mental. Esta capacidade possibilitaria o redimensionamento da autocrítica não apenas para evitar a manutenção de hegemonias institucionais, mas também para entender em que momentos, no percurso do cuidado, se reproduzem processos que não contribuem para superação da institucionalização.

> Entendemos que a difícil adesão dos "pacientes" às atividades de "reabilitação" propostas pelos trabalhadores de saúde mental — e também o sentimento de frustração que emerge entre estes diante das dificuldades perante sua prática, que objetiva tais atividades — diz menos respeito aos limites pessoais dos pacientes ou do trabalho desenvolvido pelos técnicos e mais aos processos de controle, dominação e submissão que mantêm as características da instituição manicomial. (Scarcelli, 2011, p. 169).

A dimensão técnico-assistencial orienta a um fazer crítico-reflexivo. Implica um saber que não é absoluto, no qual o projeto de cuidado não é imposto e a comunicação na relação trabalhadora/*existência-sofrimento* almeja cada vez mais a transversalidade[18]. Guatarri (1981, apud Yasui, 2010) explica que

> A transversalidade é uma dimensão que pretende superar os dois impasses: o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade; ela tende a se realizar quando uma comunicação máxima se efetua entre os diferentes níveis e, sobretudo, nos diferentes sentidos. É o próprio objeto da busca de um grupo sujeito. (Yasui, 2010, p. 147).

A teoria não esgota o sujeito. Nesta dimensão, o "colocar a doença entre parênteses" reposiciona o fazer assistencial para um lugar de construções e de potências possíveis.

[18] Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1981.

> Na medida em que deixamos de nos ocupar da doença e nos ocupamos dos sujeitos, o tratamento e as instituições de cuidado deixam de significar apenas a prescrição de medicamentos, a aplicação de terapias, para tornar-se um ocupar-se cotidianamente do tempo, do espaço, do trabalho, do lazer, do ócio, do prazer, do sair, fazer alguma coisa, construir um projeto, uma atividade, organizar uma atividade conjunta, etc. (Amarante, 1999, p. 50).

c) Dimensão Jurídico-Política: ao abordar essa dimensão, Amarante (1999, p. 50) "refere-se à revisão das legislações sanitária, civil e penal, no que diz respeito aos conceitos de 'doença mental', 'psicopatia' e '*loucos* de todo o gênero'". Pretende com isso apontar os processos de lutas nessas esferas, as quais visam à ampliação de direitos reais à cidadania. Para o autor, esta dimensão lida com conceitos como "incapacidade para os atos da vida civil", "irracionalidade" e periculosidade, entre outros, historicamente determinados pelo saber psiquiátrico.

Vale lembrar que a dimensão político-jurídica é marcada sempre por dinâmicas de imposições e de interesses. Em 1834, segundo Castel (1978), a população de *loucos*, na França pós-revolução, era acentuadamente menor em comparação com outras populações marginalizadas como os *indigentes, vagabundos e menores abandonados*. Entretanto, em 1838, apenas uma categoria de marginais ganha uma lei específica, que garantiria um lugar de "cuidado", o asilo, e um saber médico específico, a psiquiatria.

Robert Castel considera que a grande motivação para a elaboração de uma lei específica para dar *atenção* ao *alienado* não dizia respeito a um projeto para recuperação de uma força de trabalho, encoberta pela *loucura*. Também não se tratava de "poupar" a sociedade do "patético" da *loucura*, já que esta se constitui em uma espécie de espetáculo social. A *loucura*, para o autor, "colocou um desafio à sociedade nascida nas convulsões da queda do Antigo Regime. E a sociedade o aceitou porque estava em jogo a credibilidade de seus princípios e do equilíbrio de seus poderes" (Castel, 1978, p. 32).

Semelhantemente, a denominada Lei Basaglia, Lei 180 de 13 de maio de 1978, embora representasse avanços ao incorporar compreensões do projeto de desconstrução no contexto da Reforma psiquiátrica italiana, manteve o poder médico na decisão quanto à necessidade de internação, tal qual ocorre no texto da Lei brasileira 10.216 de 2001.

No caso da lei brasileira, nota-se a predominância de poderes, tanto da medicina quanto do judiciário, como elementos validados como capazes de apontar se há "perigo", no quadro de sofrimento psíquico, que justifique a necessidade de internação. Tais poderes, mesmo nos dias atuais, se constituem em permanentes desafios, nessa dimensão, na luta para garantia de direitos ao sujeito em *existência-sofrimento*.

Yasui (2010, p. 25), por sua vez, ao redefinir esta dimensão apenas como política, assinala que a dimensão "implica a todos, em uma utopia ativa de transformação social que se faz e refaz cotidianamente. Trata-se, desta forma, de uma luta política para uma transformação social". Retomando o pensamento de Hanna Arendt, para quem a política é sinônimo de liberdade, o autor pontua:

> Política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças. Exercitar a liberdade é correr os riscos de viver a vida como este milagre de começar o novo, tomar a iniciativa de romper com os discursos e práticas hegemônicas que incidem sobre nosso cotidiano tornando-o monótono, repetitivo, sem perspectiva, cinzento, sem vida. (Yasui, 2010, p. 23).

Nessa perspectiva, o autor destaca nesta dimensão política a necessidade de uma postura de coragem para "começar de novo", de arriscar-se a "construir o novo", rompendo com saberes e práticas que se pretenderam certezas e verdades. Aponta os Movimentos Sociais — nascidos nas periferias e mobilizados a partir de necessidades comuns da comunidade — como elementos fundamentais na conjuntura política para transformações da saúde em geral, e da saúde mental em particular.

Estes Movimentos Sociais, compostos também por uma diversidade de atores como as(os) usuárias(os), as trabalhadoras (es), familiares e acadêmicas(os), por meio da participação política, impactaram a lógica de pensar e fazer saúde mental. Graças às ações coletivas, de caráter político, no sentido de liberdade e invenção — no sentido aqui proposto — foi possível iniciar processos que, ainda em andamento, trouxeram transformações fundamentais no panorama da saúde mental.

Destaca-se, neste sentido, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, que se desdobra no Movimento da Luta Antimanicomial e, a partir do lema "Por uma Sociedade sem Manicômios", mantém acesa uma das propostas basilares do processo de desinstitucionalização, anualmente retomada em todo o território brasileiro.

d) Dimensão Sociocultural: As culturas se consolidam em suas crenças e valores a partir das percepções que a sociedade tem dos fenômenos que a cercam. O fenômeno da *loucura*, da Idade Média aos atuais dias, foi atravessado por olhares e concepções que, ora o toleraram miticamente, ora o acolheram pelo viés da piedade, ora o enclausuraram e segregaram pelo saber científico. Desde o início do projeto de desconstrução, iniciado na Itália por Basaglia, um dos grandes desafios ainda se refere à inscrição dos sujeitos em sofrimento existencial no campo de uma percepção social, que os conceba como cidadãos.

Aqui, a noção de cidadania deve ultrapassar o conceito de sujeito pertencente a uma nação, ligado a esta por laços étnicos e culturais e detentor de direitos civis, políticos e sociais.

Trata-se de subverter a representação social, que historicamente imputou ao sujeito em sofrimento psíquico o lugar de irracional, perigoso e excluído.

Ao refletir sobre os temas "excluir x incluir", Scarcelli (2011, p. 164) adverte: "O contrário de exclusão é tratamento, porém, na lógica manicomial exclusão também é tratamento". Para esta autora,

> A amplitude da tarefa antimanicomial, a de "incluir" o louco na cidade transcende o âmbito restrito da reforma psiquiátrica. Os problemas que se colocam nesta tarefa nos encaminham a indagar sobre o que se entende por reinserção social em uma cidade que tenta se fechar cada vez mais em espaços homogêneos e excludentes – os condomínios da classe média cada vez mais apartados com sistema próprio de segurança e de uma lei restrita ao seu espaço privado são exemplos –, e que é regida pela velocidade, pelo triunfo da técnica, pela onipresença da competitividade. (Scarcelli, 2011, p. 72).

Assim, a inclusão da *existência-sofrimento* em um novo lugar social de cidadania não deve significar a mera contraposição à exclusão, de forma que, na dimensão sociocultural,

> Busca-se a transformação do imaginário social relacionado com a *loucura*, a doença mental, anormalidade e assim por diante. Refere-se ao conjunto de práticas sociais que constroem a solidariedade, a inclusão dos sujeitos em desvantagem social, dos diferentes, e assim por diante. (Amarante, 1999, p. 51).

Os novos espaços como CAPS, CECCOS, Conselhos Participativos, assembleias, nos quais agora transitam as pessoas em *sofrimento-existência*, são os lugares privilegiados para produção de vida. A partir desses novos lugares, contrapondo a concepção de irracionalidade e periculosidade, essas pessoas podem exibir sua potência cidadã ao participarem efetivamente da dinâmica social, seja pela produção cultural, seja pelo protagonismo na construção de seus direitos, como sujeitos, como cidadãos.

Entretanto, cabe lembrar, como observa Ianni Scarcelli,

> Apesar de imprescindíveis, muitas vezes as políticas apresentam um caráter autoritário. Sustentadas em pressupostos teóricos e orientadas por princípios ideológicos parciais, não captam o fundamental naquilo que seria sua vocação: o reconhecimento do sujeito como cidadão. (Scarcelli, 2011, p. 76).

Nesse sentido, o desafio que se apresenta consiste não apenas em reconhecer os referenciais nos quais se fundamentam as políticas e as práticas, mas especialmente identificar em que medida esses referenciais reproduzem e sustentam estruturas de dominação nas diversas esferas sociais (Scarcelli, 2017).

Nessa direção, a autora ainda reforça que

> A transmutação do *sujeito-sujeitado* para o *sujeito-cidadão* exige a construção de uma rede social que entrelace todos os âmbitos possíveis: do território às políticas globais, dos serviços às políticas públicas, dos setores específicos à intersetorialidade, das representações sociais às representações inconscientes, da intersubjetividade à intrassubjetividade; o trânsito horizontal e vertical entre os âmbitos jurídico-político, social-cultural, teórico conceitual e técnico-assistencial. (Scarcelli, 2011, p. 78).

Desse modo, é no território das complexas tramas institucionais que poderá se dar o processo de construção de uma rede social, capaz de acolher e inscrever os sujeitos em sofrimento em novos espaços sociais, nos quais possam manifestar suas *loucuras*, enquanto *sujeitos-cidadãos.* Isso implica o necessário reconhecimento de que papéis as trabalhadoras, agentes dessa construção, ocupam nesses espaços.

4 PANORAMAS DA SAÚDE MENTAL

É necessário se espantar, se indignar e se
contagiar, só assim é possível mudar a Realidade.
Nise da Silveira

4.1 No Brasil entre 2016 a 2022

É novembro de 2021. O mundo inteiro ainda luta contra a pandemia da Covid-19. No Brasil, a pobreza e a miséria são alargadas; a insensibilidade política se aprofunda e a crise financeira se eleva. A finalidade deste capítulo é demonstrar que o atual quadro de saúde mental no Brasil, para além da referida pandemia, está intimamente conectado aos eventos no panorama político e jurídico, especialmente a partir de 2016.

Iniciamos apontando, em concordância com dezenas de autores, entre os quais, Jinkins et al. (2016), Galvão et al. (2019), Miguel (2019) e Santos et al. (2021), que a interrupção do mandato presidencial de Dilma Rousseff se tratou de um Golpe político jurídico, visando a continuidade de um projeto de apropriação do Estado. Tem se concretizado pelo favorecimento a uma minoria hegemônica, já economicamente privilegiada, em prol do desmantelamento e enfraquecimento do Estado de bem-estar social, assegurado pela Constituição de 1988.

No momento em que este trabalho está sendo produzido, a saúde mental no Brasil ocupa o centro das atenções, inclusive com preparativos para a V Conferência em Saúde Mental, prevista para maio de 2022. Com o tema "*A Política de Saúde Mental como Direito: Pela defesa do cuidado em liberdade, rumo a avanços e garantia dos serviços da atenção psicossocial no SUS*", o evento será precedido pela III Conferência Estadual em Saúde Mental e, no contexto do município de São Paulo, pela IV Conferência Municipal em Saúde Mental.

Apenas no município de São Paulo, entre novembro de 2021 a janeiro de 2022, ocorrerão 27 pré-conferências organizadas pelas 27 supervisões técnicas, nas quais se levantarão mais de 320 propostas, oriundas das necessidades de cada território. As pré-conferências chegam, oportunamente, como desejados e legítimos espaços de falas e posicionamentos sociais, diante das pautas políticas autoritárias efetivadas no país desde 2016.

Vale notar, nesse contexto, que se passaram 12 anos sem a realização de uma conferência em saúde mental. De acordo com página eletrônica do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2020a), esse é o maior intervalo já observado entre conferências com temática em saúde mental. Entre as relevantes considerações apontadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS)

na Resolução N.º 652, de 14 de dezembro de 2020, que justifica a convocação da V Conferência, destacam-se:

> Considerando que já foram realizadas 4 (quatro) conferências nacionais de saúde mental, sendo: a primeira em 1987; a segunda em 1992; a terceira em 2001; e a quarta 2010, em intervalos que variam de 5 anos (entre a 1ª e a 2ª) a 9 anos (entre a 3ª e a 4ª); Considerando que, atualmente, estamos no maior intervalo entre as conferências já que a última, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – (IV CNSM), realizada em 2010, foi realizada há cerca de 10 anos, o que recomenda uma ampla discussão dos temas relativos à saúde mental, bem como a revisão e a atualização da situação da saúde mental no Brasil e da política de Estado nessa área; Considerando que desde a última Conferência Nacional de Saúde Mental foram estabelecidas mudanças que contrariam o disposto na Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 sem consulta e ou aprovação das instâncias de controle social, como o CNS. (Brasil 2020d)

Compreendo que a intervenção do CNS, para além de denunciar a omissão do Ministério da Saúde, quanto à temática da saúde mental, trata-se, sobretudo, de uma reação aos recentes ataques diretos às políticas de saúde mental e do Sistema Único de Saúde. Tais ataques, apesar de serem intensificados recentemente, são a sequência de um projeto privatista, pautado nas regras do mercado neoliberal, cujo objetivo é manter a saúde como objeto de exploração capitalista, antes mesmo da existência do SUS.

Para Bravo et al. (2018), as configurações que vêm caracterizando o SUS, desde a sua criação, são resultados de embates entre entidades como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) — que lutavam por uma assistência à saúde como dever do Estado —, e os conglomerados do setor privado (corporações médicas, hospitalares e indústria farmacêutica), cujo objetivo ainda é a lucratividade, pela exploração do mercado sanitário.

Sob o discurso de Estado mínimo, o projeto privatista se agigantou no período de mais de 20 anos da ditadura militar (1964-1985), funcionando sob a lógica e as regras do mercado capitalista. Mesmo após o processo de redemocratização do país e apesar das conquistas sociais, amparadas na Constituição de 1988 e consolidadas em 1990, na instituição do SUS, esse projeto permanece ameaçando os direitos sociais, entre eles o acesso à saúde (Soares, 2018).

Em sua tese de doutorado, Cavalcante (2010) ressalta que as investidas político-ideológicas, visando o enfraquecimento de conquistas sociais no campo da saúde, não são recentes. Segundo a autora,

> A partir dos anos 1990, inicia-se o processo de contrarreforma do Estado brasileiro e seus primeiros impactos sobre o recém-criado SUS. Desde então, o projeto privatista na saúde vem conquistando hegemonia, defendendo propostas [...] como: focalização nas políticas básicas que atendam os mais pobres; não universalização do acesso; contratação de mão de obra desqualificada; desresponsabilização do Estado e responsabilização da sociedade civil; descentralização da assistência com desresponsabilização do nível central. (Cavalcante, 2010, p. 43).

É interessante destacar a observação que Soares (2018, p. 25) tece, ao apontar que, em todos os governos, de FHC a Dilma Rousseff, esse processo de contrarreforma do Estado pode ser identificado, havendo em cada governo especificidades desse processo. Porém, "Até o governo Dilma Rousseff, uma estratégia comum a todos eles era a *não explicitação da contrarreforma na saúde*" (grifo nosso).

Nesse sentido, a interrupção do segundo mandato presidencial de Dilma Rousseff, em 2016, tornou-se um marco histórico, não apenas para o incerto rumo das políticas sociais no Brasil, mas, sobretudo, para a instabilidade democrática no país. A partir daquele ano, o Brasil passou a vivenciar, de forma explícita e contundente, as ferozes investidas da política neoliberal contra a seguridade social, "para impor a lógica privada nos espaços públicos" (Bravo et al., 2018, p. 11), em particular, na saúde.

A partir de 31 de agosto de 2016 (Cardoso, 2021), o projeto de contrarreforma do Estado, até então posto em prática de forma dissimulada desde 1990, encontra o palco e os atores para ser levado a cabo, sem disfarces. Nesta data, o Partido dos Trabalhadores (PT), há quatorze anos na condução do país, foi "impedido" de concluir seu quarto mandato presidencial. Tratou-se de uma manobra política-jurídica, que resultou no impedimento da Presidenta, eleita em 2014, Dilma Rousseff, dando lugar ao seu vice, Michel Temer (PMDB).

Enquanto alguns definiram aquele processo como um *impeachment*, uma parcela da população, dentre ela, acadêmicos, pesquisadores, historiadores, sociólogos e cientistas políticos, o reconheceu como um golpe político (Oliveira, 2018). Corroborando essa ideia, Miguel (2019, p. 17) assevera que "Como todos os golpes, mesmo os militares, o Golpe de 2016 recusa seu nome. É chamado de impeachment, aceitando que a mera observância do ritual previsto na lei significa que ela foi cumprida quanto ao seu conteúdo substantivo".

Como forma de refletir sobre essa ruptura no processo democrático brasileiro, o referido autor, que é professor de graduação de ciência políticas da Universidade de Brasília (UnB), lançou o curso "*o golpe de 2016 e o futuro da democracia no Brasil"*. (Miguel, 2019, p. 28).

Já em ensaio publicado no livro *Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil*, Miguel (2016) aponta:

> O golpe de 2016 marca uma fratura irremediável no experimento democrático iniciado no Brasil em 1985. Ainda que com limitações e contradições, a ordem balizada pela Constituição de 1988 garantia a vigência das instituições mínimas da democracia liberal: o voto popular como meio necessário para a obtenção do poder político e o império da lei. A derrubada da presidente Dilma, mediante um processo ilegal, sinalizou que tais institutos deixaram de operar e, por consequência, o sistema político em vigor no país não pode mais receber o título de "democracia" – mesmo na compreensão menos exigente da palavra. (Miguel, 2016, p. 29).

Apesar das reações contrárias do Ministério da Educação, parlamentares e parte da imprensa, na tentativa de desqualificar a iniciativa docente, outras instituições de educação pública manifestaram apoio, inclusive reproduzindo o curso em dezenas de outras universidades federais. Como observam Santos et al. (2021)

> Foram cerca de trinta e quatro unidades de ensino superior federal em todo o país, pelo menos, que ofereceram cursos, disciplinas, palestras e debates com a mesma temática, contando com significativas assistências, pulverizando uma discussão de momento e estabelecendo uma narrativa crítica acerca do impeachment (Santos et al., 2021, p. 10).

Tais posicionamentos, reconhecendo que o processo político-jurídico de 2016 se tratou de um Golpe, ainda se encontram pautados por uma série de escritos coletivos, registrados em obras como Jinkins et al. (2016), Galvão et al. (2019) e Santos et al. (2021), além de inúmeros livros e artigos científicos. Vale registrar aqui que esta compreensão foi também flagrantemente admitida pelo próprio Michel Temer, em entrevista ao Programa Roda Viva, em 16 de setembro de 2019 (TV Cultura, 2019).

Entretanto, apesar da inequívoca percepção quanto à natureza do *impeachment*, e da relevância das manifestações acima, o Golpe já era a realidade do país. Em pouco tempo, a agenda política econômica de cunho neoliberal — incorporada ainda no governo de Dilma Rousseff (Bravo et al., 2018), como tentativa de sobrevivência política — passou a vigorar, agora, sob comando de Michel Temer.

Desta forma, desde a interrupção do governo de Dilma Rousseff, levada a cabo por vergonhosas manobras políticas e hermenêuticas jurídicas questionáveis, o movimento de contrarreforma do Estado é imediatamente colocado em marcha. Sem constrangimento, o governo de Michel Temer abre as cortinas para entrada de interesses capitalistas, até então contidos pelos 13 anos de governo da esquerda petista. Conforme observa Braga (2016),

> [...] vale destacar que as forças golpistas derrubaram o governo não pelo que Dilma Rousseff concedeu aos setores populares, mas por aquilo que ela não foi capaz de entregar aos empresários: um ajuste fiscal ainda mais radical, que exigiria alterar a Constituição Federal, uma reforma previdenciária regressiva e o fim da proteção trabalhista. (Braga, 2016, p. 52)

Assim, a partir de sua posse, sob o pretexto de enxugamento do Estado, Michel Temer põe em andamento projetos que vão desde privatização e concessões, proposta de reformas trabalhista e previdenciária até o congelamento de gastos com educação, saúde e assistência social. Nessa direção, Bravo et al. (2018, p. 11) afirmam que

> Com o advento do governo Temer, é flagrante a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro, configurando uma nova fase de contrarreformas estruturais que atacam os direitos dos trabalhadores.

O impacto da política neoliberal do governo não foi diferente na área da saúde. Como efeito da Emenda Constitucional 95 (Brasil, 2016a), produto de uma PEC — Proposta de Emenda Constitucional 241, primeira medida de Temer apresentada ainda em dezembro de 2016 —, houve o congelamento, por 20 anos, dos investimentos em saúde, precarizando ainda mais o financiamento do SUS. Consequentemente, há que se esperar um estrangulamento ainda maior na capacidade do SUS de se manter acessível e universal (Vieira; Benevides, 2016).

Nesse contexto de sucateamento da saúde, é possível observar que as mudanças propostas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estiveram fortemente pautadas no viés autoritário do governo. Melo et al. (2018, p. 43), em estudo no qual comparam as versões da PNAB 2011 e 2017, constatam, entre outras, as seguintes descontinuidades: "é retirada a palavra 'democrática' do texto na PNAB 2017 no que se refere ao formato das práticas de cuidado e de gestão. A 'humanização' desaparece dos princípios enunciados na PNAB 2017 ao contrário da edição anterior".

Outro aspecto notadamente claro na nova PNAB, e que anda em paralelo com o viés autoritário, diz respeito à tendência de centralização do poder de decisão, em detrimento da participação e controle social. Na medida em que privilegia o gestor municipal com a palavra final para decidir sobre qual a melhor configuração da AB para o município, a PNAB ignora e exclui a contribuição de atores como as trabalhadoras (es), a comunidade e gestoras(es) dos serviços.

A mudança também esteve essencialmente orientada pela agenda neoliberal do governo de Michel Temer, com suposto enxugamento do Estado; o que pode resultar em drástica redução na contratação de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), além da implantação de equipes reduzidas, de acordo com a percepção do gestor municipal. Para os autores acima mencionados,

> [...] se forem efetivamente considerados os dispositivos da PNAB que induzem, impedem ou condicionam mudanças, pode-se dizer que os propósitos centrais dessa política são a diminuição dos ACS e a mudança de seu perfil, bem como a priorização da chamada AB tradicional em detrimento da ESF, com maior autonomia e flexibilidade para o gestor municipal. (Melo et al., 2018, p. 49).

Além disso, no contexto de mudanças na PNAB, o NASF, criado em 2008 como Núcleo de Apoio à Saúde da Família, ganha nova nomenclatura: NASF-AB, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, perdendo a dimensão do apoio. Em 2019, já no caótico governo de Jair Bolsonaro, o chamado programa Previne Brasil (Brasil, 2019a), pautado em modelo neoliberal de gestão, institui nova forma de financiamento que impacta diretamente o NASF-AB, apontando para sua extinção.

Importa observar que, no distrito do Jardim Ângela, território desta pesquisa, a nomenclatura NASF já não é utilizada. Os profissionais que compunham tais equipes foram direcionadas para atendimentos majoritariamente aos munícipes, com poucas horas destinadas à atividade de educação e formação; que é a função fundamental do NASF.

Agora essas trabalhadoras são chamadas de "Equipe Multi", apesar dos atendimentos se darem de forma individualizada por categorias profissionais. Uma das consequências imediatas desta mudança é o retorno a uma assistência em saúde centrada no modelo biomédico, e no "cuidado" baseado na queixa/conduta. Associada às mudanças pontuadas acima, a Atenção Básica (AB) encontra-se, dessa forma, potencialmente desconfigurada e fragilizada, já que a ESF, até então pautada no vínculo trabalhadora(o)/usuária(o) e na longitudinalidade do cuidado, pode deixar de ser o modelo proposto para sua organização.

Retornando ao governo Temer, é preciso ainda apontar o alcance negativo de sua gestão, especificamente na saúde mental. Observa-se que, diante da debilidade política do governo Dilma, surgiram ruídos que ameaçavam as estruturas das políticas de saúde mental, tão bem edificadas até aquele momento, de maneira que, mesmo antes do já referido Golpe institucional, o campo da Saúde mental já vinha sofrendo os efeitos da investida neoliberal, que, de forma contundente, apareceram mais tarde sob a roupagem de uma suposta "nova" política de saúde mental. Entretanto, a real "novidade" dessa política estava na clara defesa de um cuidado em saúde mental centrado no modelo manicomial.

Assim, ainda em 2015, após anos de sucessivos avanços, desde o início dos movimentos que buscavam transformações na assistência em saúde mental, em 1978, a Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do SUS, preconizada pelos avanços desses movimentos e concretizada especialmente a partir da Lei 10.216/2001, iniciou seu declínio.

É em dezembro de 2015 que o fantasma manicomial retorna ao quadro da saúde mental. Sob notas de repúdio e manifestações de oposição nas redes sociais, o Ministro da Saúde anunciou o novo condutor das políticas de saúde mental, álcool e outras drogas. Tratava-se de Valencius Wurch Duarte Filho, ex-gestor do maior manicômio da América Latina, a casa de saúde Doutor Eiras em Paracambi, no Rio de Janeiro (Collucci, 2015). A referida instituição, conforme Cruz et al. (2020)

> [...] durante os anos 2000, havia passado por uma intervenção do MS com indicação de que fosse posteriormente fechada, devido à constatação de gravíssimas irregularidades em auditoria especializada do MS, ratificadas pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares, em 2006 (Cruz et al., 2020, p. 3).

Mesmo tendo ocupado o cargo por apenas quatro meses, sua indicação já apontava para os tortuosos rumos e os riscos a que estavam expostas as conquistas da Reforma Psiquiátrica.

De fato, após a sua saída, e seis meses sem coordenação da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o cargo foi ocupado por figura associada à Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), atualmente "defensora dos maiores retrocessos deste vitorioso movimento de Direitos Humanos e inclusão social" (Pitta; Guljor, 2019, p. 10).

Precisamente no final de 2016, ano do Golpe institucional, iniciou-se, na prática, o projeto de ofensiva do governo Temer contra os avanços até então alcançados no campo da Saúde Mental. Em 25 de outubro de 2016, em uma demonstração de total desconhecimento ou proposital indiferença sobre o projeto de desinstitucionalização, balizador da PSNM, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 1.482 (Brasil, 2016b). A Portaria criou um novo "tipo" de estabelecimento de saúde na tabela do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), viabilizando, a partir de tal manobra, o cadastramento de Comunidades Terapêuticas[19] (CTs) e, consequentemente, a garantia de que elas pudessem receber verbas públicas (Cruz et al., 2020).

O que se sucedeu a partir daquele momento foram sequências de decisões autoritárias, que indicavam a determinação ideológica do governo para estipular as CTs como referências para uma "nova" política nacional sobre drogas; na contramão de todas as evidências até então encontradas, quanto à inadequação e ilegalidade que marcam tais instituições[20].

Nesse sentido, mais recentemente, em 2017, o Conselho Federal de Psicologia (CFP), em parceria com o Ministério Público Federal, realizou inspeção em 28 Comunidades Terapêuticas nas cinco regiões do Brasil, abrangendo 11 estados e o Distrito Federal. O resultado, divulgado no Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas – 2017 (2018), apesar de reprovável e aviltante, não causou surpresa, já que tais compreensões tinham sido sistematicamente apontados anteriormente.

[19] Locais que oferecem "tratamento" para pessoas em uso abusivo de substâncias. Fundamentam a intervenção no modelo da abstinência (cessação abrupta e total do uso de substância), na prática religiosa, no trabalho braçal e na imposição de disciplina aos internos. Trata-se de propostas de atenção que não se traduzem em práticas de cuidado, do ponto de vista da saúde. Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas CFP Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas-2017 (2018). No momento da escrita deste trabalho, uma comunidade terapêutica encontra-se totalmente interditada desde 09/11/2020, pela Vigilância Sanitária do território de M'Boi Mirim. Mesmo com acompanhamento dos serviços de saúde (UBS e CAPS) e assistência social (CRAS e CREAS), no sentido de darem suporte para o encaminhamento das pessoas ao retorno familiar ou acolhimento apropriado, o local se mantém irredutivelmente em funcionamento, apesar de contar com menos residentes. O caso já transita no Ministério Público, restando a percepção e expectativa de que apenas a partir da intervenção judicial é que se dará o efetivo fechamento do local.

[20] O Conselho Nacional de Saúde, em documento no qual recomenda ao Ministério da Saúde que revise a Portaria 1482/2016, aponta, acertadamente, em uma de suas considerações, que já havia dados coletados pelo Conselho Federal de Psicologia, em seu Relatório de 2011 e pelo Comitê de Prevenção à Tortura do Estado do Rio de Janeiro, em Relatório 2013, atestando uma série de violações aos Direitos Humanos nas CTs.

O relatório é contundente ao demonstrar a plena inadequação de tais locais. De forma que denuncia o caráter essencialmente asilar, caracterizado por isolamento e restrição do convívio social, incomunicabilidade e visitas restritas, difícil acesso, muros, portões, trancas e restrições à saída, além de retenção de documentos ou dinheiro, violação de sigilo de correspondência e de acesso aos meios de comunicação.

> A configuração das comunidades terapêuticas como locais de isolamento passa por um conjunto de práticas e características que, individual e conjuntamente, oferecem restrições à livre circulação das pessoas e aos contatos com o mundo exterior. Elas demonstram que o isolamento não é fortuito, mas um dos princípios que orientam o pretenso tratamento ali oferecido, configurando, portanto, afronta às políticas brasileiras de saúde mental. (Conselho Federal de Psicologia, 2018, p. 57)

Observam-se, assim, fartas evidências de inequívocas práticas manicomiais, duramente combatidas no campo da Saúde Mental. Em 173 páginas, o relatório registra, além do citado acima, entre outros, “Internações involuntárias e compulsórias: ausência de laudo médico e de comunicado ao Ministério Público”, “exploração do trabalho como ferramenta de disciplina”, “Ausência de protocolos ou projetos de desinstitucionalização”, “Administração irregular de medicações”, “Cotidiano e práticas de uso de força”, “Sanções e indícios de tortura”, “Resgate, contenção de pessoas, segurança e Vigilância”, “Vistorias e práticas de revista”, “Encaminhamento judicial de adolescentes a CTs”, “Internações para retirada de convívio social”, “Internação de pessoas idosas”, “Internação de pessoas com transtornos diversos de saúde mental”, “Ausência de alvará sanitário”. (Conselho Federal de Psicologia, 2018, p. 57 - 173)

Alinhado ao teor do relatório, o CNS, na recomendação n.º 43, de 15 de setembro de 2017, recomendou ao MS a revisão da Portaria 1482, esclarecendo que as Comunidades Terapêuticas não atendem aos critérios mínimos para serem considerados serviços promotores de saúde (Brasil, 2017b).

Apesar disso, em notória postura autoritária, o MS publicou, ainda em dezembro de 2017, dois documentos, nos quais explicita claramente o seu projeto de retrocesso, desmantelamento a contrarreforma das políticas de saúde mental. Trata-se da Resolução/CIT 32 de 17 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017c) e da Portaria 3588 de 21 de dezembro de 2017 (Brasil, 2017d).

Scarcelli (2019) e Cruz et al. (2020), consideram esses documentos como o marco da ruptura entre as políticas de saúde mental, álcool e outras drogas, adotadas até 2015, e a nova cruzada do governo contra os princípios adotados e conquistas alcançadas pelo campo da Saúde Mental.

Após o primeiro passo dado em 2016, com a inclusão da CTs no CNES, ao final de 2017, a estrutura da Política Nacional Sobre Drogas (PNSD) encontra-se capturada pelo governo de Michel Temer para ser instrumentalizada a partir de uma retrógrada compreensão de que o uso de drogas ilícitas é, sobretudo, um problema de caráter; a partir de uma crença de que o uso abusivo de substância é próprio de criminosos, encarcerados, pessoas em situação de rua, assassinos e suicidas.

Sob esta ótica é que a Resolução 32/2017 e a Portaria 3588/2017 são elaboradas. Nelas estão os dispositivos que responderão às exigências da "nova" política. Sob o falso discurso de "fortalecimento da RAPS", "parceria e intersetorialidade", na Resolução CIT 32, em seu artigo 11, lê-se:

> Fortalecer a parceria e o apoio intersetorial entre MS/MJ/MDS/MT Ministério da Saúde-MS; Ministério da Justiça-MJ; Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS; Ministério do Trabalho-MT; *em relação as Comunidades Terapêuticas*. (Brasil, 2017c, grifo nosso)

O Suposto 'fortalecimento" da RAPS trata-se, entretanto, de validação e custeio das CTs como local de "tratamento", da reestruturação do hospital psiquiátrico, em franca contradição com o movimento da luta antimanicomial. Trata-se, ainda, do financiamento e expansão de leitos, bem como do incentivo monetário como estímulo à internação; do incremento de enfermarias psiquiátricas, do resgate do Hospital Dia e de equipes multidisciplinares atuando sob a lógica ambulatorial.

Além disso, há a invenção de uma nova modalidade de Centro de Atenção Psicossocial IV (CAPS IV) que, além de aumentar o estigma e o preconceito para com usuários de substâncias (Cruz et al., 2020), na prática, funciona como um mini-hospital psiquiátrico e está "destinado a internar compulsoriamente usuários de crack nas cenas de uso" (Delgado, 2019, p. 3).

Ainda em relação à Resolução CIT 32, importa ainda alertar sobre o risco, imposto por esse dispositivo de contrarreforma, a uma das principais estratégias de desinstitucionalização; os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)[21]. Criados em 2000 pela Portaria 106 do MS, destinam-se à moradia de pessoas egressas de longas internações em Hospital Psiquiátrico.

O Artigo 8º da referida Resolução CIT 32 fala em aumento deste serviço, porém, não para cumprir a finalidade para a qual o serviço foi pensado, mas para garantir a continuidade e ampliação dos efeitos nocivos de projeto de governo. Imediatamente após indicar a intenção de

[21] Segundo a Portaria Ministerial 3.088 de dezembro de 2011, os SRTs "são moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros".

aumentar o referido serviço, a Resolução diz "II – garantir maior flexibilidade aos gestores municipais para a organização das SRTs" (Brasil, 2017c).

Dessa forma, a função do SRT deixa de ser exclusivamente o fomento da desinstitucionalização e passa a funcionar de acordo com a percepção do gestor municipal. O que equivale a dizer que, a partir de agora, qualquer pessoa em situação de vulnerabilidade poderá ser acolhida no serviço[22]; isso enfraquece a política da desinstitucionalização, estimula a manutenção de pessoas em internações psiquiátricas por mais tempo, além de desvirtuar o serviço de sua natureza e objetivo.

Portanto, o alegado "fortalecimento" da RAPS, presente na Resolução CIT 32/2017, na Portaria 3588/2017 e ratificado na Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS (Brasil, 2019b), trata-se de uma afrontosa falácia. O que se constata, na verdade, é a invenção, financiamento e instrumentalização de dispositivos comprovadamente iatrogênicos, cujo objetivo é a negação da atenção psicossocial de base comunitária, que o campo da Saúde Mental vem construindo há décadas.

É válido frisar que a recolocação de intuições manicomiais na centralidade das políticas de saúde mental e das políticas de álcool e outras drogas configurou uma ruptura — efetivada antes do Golpe institucional, em 2016 — com o paradigma da Atenção Psicossocial. Nesse sentido, nada espanta o fato de esse modelo de atenção, asilar/manicomial, não ter encontrado qualquer resistência no âmbito do novo governo de Jair Bolsonaro, eleito em 2018. Delgado (2019) observa que

> Os atores são os mesmos nos governos Temer e Bolsonaro (o Ministério da Cidadania é o ministério das comunidades terapêuticas e do proibicionismo, e seu titular é autor de um projeto de lei que agrava drasticamente o punitivismo presente na lei ambígua de 2006). O gestor da política de saúde mental, nomeado no Ministério da Saúde de Temer, foi promovido no governo Bolsonaro a chefe da política de drogas [...]. (Delgado, 2019, p. 4).

Dessa forma, o governo de Bolsonaro não é apenas uma linearidade dos retrocessos perpetrados pelo governo de Michel Temer como também a intensificação e o aprofundamento de tais retrocessos. Há apenas dois meses no governo Bolsonaro, o Coordenador-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, Quirino Cordeiro Junior, publicou a Nota Técnica nº 11/2019,

[22] Para além do desvio de finalidade do serviço, nota-se a negligência e omissão do governo na efetivação de políticas assistenciais às populações mais vulneradas, preferindo utilizar o SRT como viés de assistência social. Tal fato ficou claro na nota técnica n.º 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS – Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Secretaria de Atenção à Saúde/Ministério da Saúde, na qual o governo declara, como parte da "nova" política, a inserção de pessoas em situação de rua nos SRTs, bem como as egressas do sistema carcerário.

na qual tanto valida o conteúdo da Resolução CIT 32/2017 e da Portaria 3588/2017, quanto, perversamente, amplia seus efeitos.

Todo o teor do documento revela o autoritarismo, o despreparo e o desconhecimento que caracterizam o governo, mas, sobretudo, desvela a nociva intencionalidade do governo Bolsonaro em desacreditar e destruir todos os avanços no campo da Saúde Mental e da política de álcool e outras drogas. A nota oficializa as CTs como componentes da "nova" RAPS, juntamente com outros dispositivos manicomiais, e se apressa em determinar:

> [...] o Ministério da Saúde não considera mais serviços como sendo substitutos de outros, *não fomentando mais fechamento de unidades de qualquer natureza* [...]. *Assim, não há mais porque se falar em "rede substitutiva"* [...]. (Brasil, 2019b, p. 3-4, grifos nossos).

Nesse contexto, a nota é extremamente confusa, já que não consegue conciliar a desinstitucionalização, que refere ter intenção de manter, com o descabido investimento e incentivo ao aumento e manutenção de leitos psiquiátricos. Associam-se a isso as reiteradas repetições sobre a oposição do MS quanto ao fechamento de hospitais psiquiátricos, inclusive com ameaças aos gestores que não se atentarem aos desmandos do governo.

Ainda nessa lógica, a nota revela o total distanciamento epistemológico da Reforma Psiquiátrica ao supor que desinstitucionalização seja sinônimo de fechamento de Hospitais Psiquiátricos, e cogitar que "ambulatórios especializados" possam ser condizentes com um modelo de saúde mental de base comunitária.

Dentre as propostas mais absurdas, que vêm com peso de normativas, vale destacar a que propaga "tratamento de qualidade, [...] com a disponibilização do melhor aparato terapêutico para a população" (Brasil, 2019b, p. 6), oferecendo a Eletroconvulsoterapia (ECT), popularmente conhecida como eletrochoque e que, de acordo com Cruz et al. (2020),

> [...] fora empregada corriqueiramente enquanto instrumento de tortura e punição nas instituições manicomiais anteriormente à Reforma Psiquiátrica. Ainda que existam indicações técnicas para o uso da eletroconvulsoterapia, estas se aplicam a uma parcela extremamente pequena dos casos de transtorno mental grave e estão longe de ser uma solução em larga escala, conforme a nota proclama. (Cruz et al., 2020, p.11).

Nessa mesma linha, em um misto de ignorância, perversidade e autoritarismo, e contrariando órgãos internacionais como a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), bem como a legislação brasileira, o governo propõe a internação psiquiátrica de crianças e adolescentes, inclusive em conjunto com população adulta. A partir de defesa pífia da prática proposta, e mesmo reconhecendo que o mais indicado seria que a internação se desse em local adequado à criança ou ao adolescente, o posicionamento da nota privilegia a exceção: "*No entanto, exceções à regra podem ocorrer, sempre em benefício dos pacientes*". (Brasil, 2019b, p. 25, grifo nosso).

Após impressionante repercussão negativa, com manifestações de repúdio por parte de movimentos sociais, conselhos profissionais, associações, instituições de educação e trabalhadoras (es) do SUS, a nota técnica foi retirada de veiculação. Entretanto, as portarias e resoluções que a inspiraram se mantiveram. Nessa direção, em 11 de abril de 2019, Bolsonaro publica o Decreto nº 9761 (Brasil, 2019c), que aprova todos os atrasos propostos especificamente para as políticas de álcool e outras drogas, deixando claro que o projeto autoritário, iniciado no contexto do Golpe institucional, estava em curso.

Paulo Amarante (2019) entende que isso "é parte de uma estratégia consciente e bem determinada de desmonte do SUS e da reforma psiquiátrica e de restauração e ampliação dos interesses privados que atuam na saúde pública". Nesse sentido, observa-se publicação no site do governo, no qual o Ministério da Cidadania comemora dois anos da suposta "nova" política nacional sobre drogas e exalta o crescimento exorbitante da oferta de vagas em CTs. (Agência Brasil, 2021).

A publicação cita a proliferação das comunidades terapêuticas pelo país, tendo o Ministério da Saúde financiado 485, com previsão de habilitação de mais 492 e garantia de orçamento de mais de 300 milhões. Associado à disposição e à determinação do governo em alimentar a gana dos exploradores da saúde, com incentivos e investimentos em hospitais psiquiátricos, isso parece indicar que certamente há um interesse sendo contemplado pela "nova" política de saúde mental e pela de álcool e outras drogas. E não é o dos usuários dos serviços, como sugerem as indagações de Ianni Scarcelli.

> [...] a quem interessa reabilitar a institucionalização no âmbito de redes de atenção substitutivas que evidenciam modos mais efetivos de cuidado? Não estariam no subtexto da nova política os indícios do desmonte da política antimanicomial? Quem realmente ganhará com o investimento em leitos em hospitais psiquiátricos, comunidades terapêuticas e compra de eletrochoques [...] (Scarcelli, 2019).

Vale salientar que o crescimento das CTs, alardeado pelo Ministérios da Saúde, e o investimento e incentivo à criação e manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, praticados desde 2017, destoam do crescimento e investimentos em CAPS. Cruz et al. (2020) observam que entre 2004 e 2015 houve um crescimento médio de 130 CAPS por ano. Já a partir de 2016, ano do Golpe institucional, há nítida queda e dramática estagnação, com implantação de apenas 30 CAPS em 2018.

Evidencia-se dessa forma, o inequívoco ataque dos governos Temer e Bolsonaro ao processo da Reforma Psiquiátrica, em que o paradigma da Atenção Psicossocial de base comunitária tem o CAPS como estratégia fundamental, mas não única, para a produção de saúde mental em liberdade. Tal modelo tem sido planejadamente substituído por dispositivos

manicomiais, em um movimento deliberado de transformação da atenção psicossocial em oportunidades de lucro. Para Amarante,

> As resoluções propostas abrem totalmente as portas para os interesses da "indústria da *loucura*", empresas proprietárias de hospitais psiquiátricos e de "comunidades terapêuticas" — onde se incluem as instituições religiosas —, para a indústria de medicamentos e de equipamentos médicos. (Amarante, 2019, p. 35).

É este quadro que ficou descaradamente demonstrado naquele que foi o mais recente ataque à RAPS, e certamente não o último, perpetrado pelo Ministério da Saúde em parceria com interesses privados. Trata-se do episódio que ficou nacionalmente conhecido como "revogaço", conforme noticiou a coluna do jornal Correio Braziliense: "Em meio à crise na saúde brasileira, causada pela pandemia de covid-19, o Ministério da Saúde estaria preparando a revogação de cerca de 100 portarias sobre saúde mental", criadas entre 1991 e 2014 (Bosco, 2020).

Em mais uma investida do governo Bolsonaro, representantes do Ministério da Saúde teriam apresentado a proposta ao Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), visando a extinção de programas como o Programa de Volta para Casa[23] (PVC), a precarização do Consultório de Rua[24] e a descaracterização do CAPS, que passaria a funcionar como serviço de reabilitação.

Fundamentada pelo documento "Diretrizes para um modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil", que teria sido elaborado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com apoio de CONASS, Ministério da Cidadania, Conselho Federal de Medicina e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, a proposta buscava assegurar a perpetuação do retrocesso iniciado em 2016.

Felizmente, em resposta ao "revogaço", houve intenso repúdio de entidades como Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), Associação Brasileira de Economia em Saúde (ABrES), Sociedade Brasileira de Bioética (SBB) e Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), além de oposição, discussão, e articulação de entidades ligadas ao Movimento pela Luta Antimanicomial. Segundo Neto (2020), mais de 120 organizações acionaram o Ministério Público pela defesa e manutenção do modelo assistencial vigente em saúde mental

[23] O Programa de Volta para Casa é uma política de reabilitação assistida, instituída pelo governo Lula, em consonância com a Lei 10.216 e com o processo de desinstitucionalização. O auxílio financeiro mensal tem por objetivo apoiar a reabilitação psicossocial de pessoas que, após passarem por longas internações psiquiátricas, são acolhidas em Serviços Residenciais Terapêuticos.

[24] O Consultório de Rua é um braço fundamental da Atenção Básica e se destina ao atendimento da população em situação de rua. Estruturado em 3 modalidades, as equipes são multiprofissionais e desenvolvem ações de cuidado de forma itinerante, sempre em parceria com as UBSs referências no território.

e contra a tentativa de desmantelamento da Rede de Atenção Psicossocial, pelo governo de Jair Bolsonaro.

4.1.1 Um ponto para a Pandemia da Covid-19

A luta travada, desde 2016, para combater os ataques imputados pelos governos de Temer e Bolsonaro às políticas de atenção psicossocial foi intensificada pela pandemia da Covid-19. No momento em que este texto é redigido, o Brasil registra 676.486 mortes em decorrência do vírus, com 231 vítimas em 24 horas. Entretanto, no período mais dramático, chegou-se a registar uma média de 3.125 mortes em 24 horas, em 12 de abril de 2021 (G1, 2021).

O atual quadro de estabilidade, tanto no surgimento de novos casos, como na quantidade de mortes diárias, é atribuído em grande parte à manutenção de medidas sanitárias, como distanciamento social, uso de máscaras e álcool em gel e especialmente a intensa vacinação. Mas não foi sempre assim no Brasil, desde que a OMS declarou a infecção pelo Sars-Cov-2 como uma pandemia, em 11 de março de 2020 (Moreira; Pinheiro, 2020).

Descoberto na cidade de Wuhan, na China, em 2019, o vírus Sars-Cov-2 chega ao Brasil em fevereiro de 2020. Inicialmente, houve consenso geral, por parte de cientistas, autoridades e trabalhadoras (es) da saúde, de que o vírus se tratava apenas de um novo tipo de coronavírus[25], dentre os já identificados pela ciência. Em decorrência disso, vários países, dentre os quais, o Brasil, adotaram uma política de preservação da economia em detrimento da vida.

Entretanto, vale lembrar que ainda em janeiro a OMS já havia emitido o mais alto nível de alerta previsto em seu Regulamento Sanitário, declarando que o surto do vírus naquele momento se constituía em "Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII)" (OPAS, 2020a). A medida visou mobilizar o mundo na direção de ações que freassem a propagação do vírus.

A despeito das incertezas naquele momento, em 7 de fevereiro o governo já havia sancionado a lei 13.979, de fevereiro de 2020, que dispunha de medidas para combate à Covid-19 (Brasil, 2020b). Entretanto, na prática, foi possível observar que o teor da lei não refletia as

[25] Com o Sars-Cov-2, até o momento, são 7 tipos de coronavírus identificados, que causam complicações respiratórias em humanos, desde quadros simples aos mais graves. Há dezenas de anos os tipos de coronavírus conhecidos não causavam mais do que um resfriado comum; o que explica a atitude de subestimação inicial dos estudiosos quanto ao potencial do vírus.

reais preocupações do presidente da República sobre os riscos do vírus, como ficou demonstrado desde aquele momento até aos dias atuais.

Mesmo após a propagação mundial do vírus por mais de 114 países e morte de milhares de pessoas, com consequente declaração de pandemia, ainda em março de 2020, Bolsonaro mantém discurso, prática e mobilização da população na contramão do que recomendavam o Ministério da Saúde e a maioria dos países.

> Contradizendo orientações do Ministério da Saúde, Bolsonaro participa de protestos pró-governo no dia 15 de março. Naquele momento havia 200 casos confirmados no Brasil e 1.917 suspeitos. Sem máscara, o presidente segue até simpatizantes e manuseia celular de alguns apoiadores para fazer selfies. “Isso não tem preço”, diz, durante transmissão ao vivo em suas redes sociais. (Daniela, 2020).

Em menos de dois anos, em franca pandemia, o Ministério da Saúde acumula, até o momento, quatro ministros da saúde. O primeiro, Luiz Henrique Mandetta, foi demitido em 16 de abril de 2020, em parte por não apoiar publicamente as atitudes irresponsáveis do presidente, mas também devido à projeção popular que ganhara em razão da Covid-19 (Daniela, 2020).

O segundo ministro, Nelson Teich, indicado porque se alinhava a algumas crenças de Bolsonaro quanto às medidas restritivas para conter a pandemia, logo percebeu que ocupava o cargo apenas para servir de mero fantoche do governo. Na terceira semana à frente do ministério, Teich já se viu alheio às decisões autoritárias de Bolsonaro sobre questões que seriam de competência do ministro da saúde, mas que sequer lhes eram comunicadas, como registrou reportagem do Diário de Notícias: “Manicure? Não sabia. O que mais? Academia? Não, não sabia. E barbearia? Não sabia?”

> As palavras, proferidas com ar de surpreendido e constrangido, são do ministro da saúde do Brasil, à medida que os jornalistas que o questionavam durante a conferência de imprensa diária sobre a pandemia o iam informando dos setores da economia que Jair Bolsonaro havia considerado como “essenciais” momentos antes e estão, por isso, livres para abrir. (Moreira, 2020).

Antes de completar um mês no ministério, Teich pediu demissão, supostamente por não se submeter aos desmandos de Bolsonaro, especialmente sobre a necessidade de isolamento social e tentativa de impor o uso de medicamentos com eficácia não comprovada para Covid-19 (Andrade, 2020).

A partir de 15 de maio de 2020, o Ministério da Saúde ficou sem coordenação oficial. A fim de garantir que suas imposições não encontrariam resistência, Bolsonaro empossa, interinamente, o general da ativa Eduardo Pazzuelo, que, alinhado às crenças do presidente, inicia no cargo estabelecendo o uso de medicações sem comprovações científicas para o chamado “tratamento precoce” da Covid-19 (Agência Brasil, 2020).

Desde o início da pandemia, Bolsonaro tem defendido o uso de cloroquina e hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19. Estudos já comprovaram que as medicações, além de não terem eficácia contra a Covid-19, poderiam oferecer riscos a pacientes cardíacos (Garcia, 2021). Mesmo assim, e apesar do assombroso aumento de mortes por Covid-19, irresponsavelmente, as medicações já foram divulgadas em 23 dos discursos de Bolsonaro (Guerra, 2021).

A irresponsabilidade presidencial, aliada à incompetência de Pazuello à frente do ministério, elevou o número de mortos por Covid-19, em setembro de 2020, para 132.006. Quando o general havia assumido, eram 15.633. Incapaz de se manter no cargo, após sucessivos erros, como negligenciar o fornecimento de oxigênio a hospitais em Manaus e evidentes posturas de submissão ao autoritarismo de Bolsonaro, (Nunes, 2021), o general se tornou o terceiro ministro a ser demitido em menos de um ano, deixando um mórbido saldo de 279.286 e sendo investigado pela Polícia Federal (PF) (R7, 2021).

O quarto ministro da saúde, Marcelo Queiroga, ao assumir o cargo, ensaia uma questionável intenção de agir sob "evidência científica", que logo é descartada ao prometer que faria uma gestão de "continuidade" (Ortiz, 2021). Ele cumpriu a promessa. Desde que assumiu o ministério, em 23 de março de 2021, o número de mortos mais que dobrou. O atual ministro sequer se constrange ao admitir que, na gestão da pandemia, "A política é do governo Bolsonaro, a política não é do Ministro da Saúde" (UOL, 2021).

Para Soratto e Souza (2021), a política de Bolsonaro trata-se de um projeto necropolítico, pelo qual o Estado assume como seu o direito de definir os que vivem e os que morrem. Isso remete à postura do chefe do Estado brasileiro que, desde o início da pandemia, defende que as pessoas sejam "naturalmente" infectadas, a fim de se atingir a "imunidade de rebanho".

Recentemente, em oposição à orientação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) quanto à necessidade de exigir a vacinação completa (passaporte vacinal) ou a quarentena de viajantes em trânsito no Brasil, o atual ministro de Bolsonaro reproduziu a ideia de seu chefe: "Às vezes é melhor perder a vida do que a liberdade" (De Alencar; Dantas, 2021). A suposta defesa à liberdade no teor da frase se distancia dos discursos de ódio, da exaltação às práticas de torturas e retorno da ditadura militar, por parte de Bolsonaro e seus apoiadores, mesmo antes de sua campanha em 2018 (Kokay, 2021).

Portanto, não é ao direto de ir e vir que a frase remete. Alinha-se, de fato, ao projeto autoritário do governo, no qual milhares de vidas representam meros meios para se atingir a um fim, sobretudo, o econômico. Soratto e Souza (2021) constatam que,

> Em meio a esse cenário pandêmico, vai se estruturando a política da morte, afetando sobretudo a população carcerária, LGBTQ+, negros, indígenas, quilombolas, moradores em situação de rua ou de comunidades periféricas, pessoas com deficiência, portadores de doenças crônicas, migrantes, refugiados e os mais idosos. (Soratto; Souza, 2021, p. 6).

Esta intencional gestão da pandemia, que tem contribuído para a morte de mais de meio milhão de pessoas, especialmente das pessoas mais vulneráveis, coaduna-se com as políticas de saúde praticadas no Brasil desde 2016, de forma que as pessoas que já viviam na miséria tiveram seu sofrimento intensificado não apenas pela pandemia da Covid-19, mas, sobretudo, pela visão e prática de política neoliberal dos governos Temer e Bolsonaro.

A política do atual governo, ao eleger como prioridade a economia ao custo de milhares de vidas, confere pontos de vitória à pandemia e imputa intenso sofrimento à população. A insensibilidade do presidente da República para com os que sofrem e o desprezo pelas vidas perdidas são elementos que agravam a saúde mental da população, que se vê desassistida pelo governo e ameaçada pela pandemia.

O aprofundamento das desigualdades e do sofrimento psicossocial, embora seja a marca maior dos governos neoliberais, ganhou contornos ainda mais caóticos, em virtude da maneira displicente, omissa e perversa na condução da pandemia por Bolsonaro. Estudos como o de Barros et al. (2020) demonstram que, no período em que o número de mortos por Covid-19 aumentou de 2 mil mortos para mais de 21 mil, no início da pandemia,

> [...] o sentimento frequente de tristeza/depressão atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a frequente sensação de ansiedade e nervosismo foi reportada por mais de 50% deles. Entre os que não tinham problema de sono, mais de 40% passaram a ter e quase 50% dos que já tinham tiveram o problema agravado. Os sentimentos de tristeza e de ansiedade e os problemas do sono revelaram prevalências mais elevadas em adultos jovens, mulheres e pessoas com diagnóstico prévio de depressão. (Barros et al., 2020, p. 5).

Por um lado, a população batalha para sobreviver ao caos econômico, enlutar-se por seus mortos e dar conta de seu sofrimento emocional. Por outro, as políticas de seguridade social padecem pelo assédio da ideologia neoliberal e ambição política ultrajante de Jair Bolsonaro, que usa, sem constrangimento, a miséria social como trampolim para sua reeleição em 2022.

É este o panorama que se desenha como palco de necessária manutenção das lutas e resistências que marcam o percurso das construções de políticas de saúde mental. Uma das pré-conferências de saúde mental, referidas no início deste capítulo, foi realizada no território de M'Boi Mirim em 11 de dezembro de 2021. Dela saíram diretrizes e propostas que reafirmam os princípios dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e sustentam o compromisso de

usuárias(os), trabalhadoras(es) e gestoras(es) com o resgate, preservação e promoção de políticas de saúde que correspondam aos princípios do SUS.

4.2 Em um território de pesquisa

Os aspectos políticos, sociais, econômicos e de saúde na esfera nacional, descritos no panorama acima, se manifestam claramente no âmbito do município de São Paulo, não apenas pelas consequências da agenda política do governo federal, mas, também em razão das medidas adotadas pelos governos paulistas nos últimos 6 anos, que enfraqueceram políticas sociais e de saúde, afetando os mais vulneráveis, como munícipes do distrito do Jardim Ângela, território desta pesquisa, o qual será caracterizado a seguir.

A Secretaria Municipal de Saúde divide o município de São Paulo em 96 distritos administrativos, os quais estão distribuídos em seis regiões da cidade (Centro, Leste, Norte, Sudeste, Oeste e Sul), cada uma com sua respectiva Coordenadoria Regional de Saúde. Estas, por sua vez, contam com 27 Supervisões Técnicas de Saúde, cuja finalidade é monitorar as práticas em saúde nos Distritos Administrativos, que são executadas, majoritariamente, por OSS.

Figura 4.1 - Mapa da Coordenadoria Regional de Saúde-Sul (Distrito Jardim Ângela em destaque)

Fonte: CNES

A Coordenadoria Regional Sul (figura 4.1), sendo a maior dentre as seis regiões, comporta uma população de 2.823.329 (Fundação SEADE, 2021), e conta com cinco Supervisões Técnicas de Saúde. Vale observar que, dos 96 Distritos Administrativos do município, 16 têm mais de 200 mil pessoas, sendo que sete destes distritos estão na região Sul, dentre eles, o do Jardim Ângela.

4.2.1 O Território de M'Boi Mirim

O território de M'Boi Mirim (figura 4.2) é formado por dois dos 16 Distritos Administrativos mais populosos do município de São Paulo. O Jardim Ângela, com 341.881 habitantes e o Jardim São Luís, com 295.722 habitantes formam este território com população estimada em 637.603 habitantes (Fundação SEADE, 2021).

De acordo com Monteiro (2006), esses dois distritos, ao lado de outro distrito com características sociodemográficas semelhantes, o Capão Redondo, foram habitados na década de 1980 por trabalhadores das fábricas que havia em torno do rio Pinheiros. A extinção dessa fonte de renda teria gerado desemprego em massa e consequentes conflitos, especialmente entre a polícia e as comunidades. No auge do período de violência, os distritos ficaram conhecidos como "triângulo da morte". Conforme Mori (2011), a região foi considerada pela ONU, em 1996, como a mais violenta do mundo.

Figura 4.2 - Território de M'Boi Mirim com a Rede Serviços de Saúde

Fonte: CNES

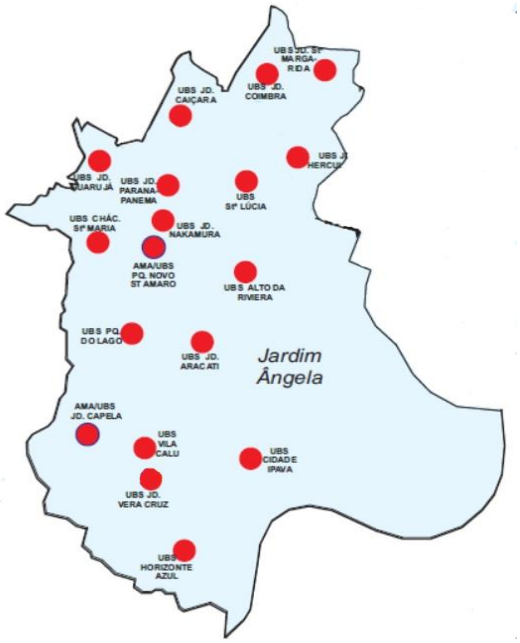
Atualmente, a execução da assistência em saúde em M'Boi Mirim é feita majoritariamente por administração indireta, sob a gestão de cinco Organizações Sociais de Saúde (OSS)[26]: Monte Azul, Centro de Estudos João Amorim (CEJAM), Instituto Nacional de Tecnologia e Saúde (INTS), Einstein e Irmãs Hospitaleiras.

Como se pode notar (figura 2), o território do M'Boi Mirim é coberto por 30 UBS, todas cobertas por ESF, das quais, cinco são integradas com Assistência Médica Ambulatorial (AMA)[27]. Também há duas AMAs, sendo uma chamada tradicional e outra especialidades. Há ainda três Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), quatro CAPS, dois Hospitais-Dia, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e um Centro Especializado de Reabilitação (CER). Também compõem essa estrutura, dois Hospitais Gerais e um hospital de retaguarda.

Observa-se que, dos 51 estabelecimentos no território, apenas cinco estão sob a gestão da administração direta, sendo uma unidade de Vigilância em Saúde, uma Supervisão Técnica de Saúde, um Serviço de Atenção Especializada (SAE) – DST/Aids, um CECCO e um CEO.

4.2.2 O território da Pesquisa – Distrito do Jardim Ângela

Figura 4.3 - Recorte do Distrito do Jardim Ângela com suas Unidades Básicas de Saúde



Fonte: CNES

[26] O município de São Paulo, assim com outras metrópoles, tem cedido ao discurso neoliberal de desestatização e suposta contenção de gastos, com entrega de serviços, historicamente geridos pela esfera pública, ao setor privado. No caso da saúde, não há concurso público desde 2012. Consequentemente, os equipamentos da administração direta, em todo o município, encontram-se esvaziados de servidores e incapazes de atenderem adequadamente ao público.

[27] Serviços que integram a Rede de urgência e emergência, com atenção às demandas de baixa complexidade.

Ocupando 53,43% do território de M'Boi Mirim, e com extensão territorial de 37,4 km², o distrito do Jardim Ângela (figura 4.3) possui uma densidade demográfica atual de 9.141[28] habitantes por km²; o que equivale a menos de 1 m² para nove habitantes.

Em relação à estrutura de saúde, conforme o CNES (2022), o Jardim Ângela possui 24[29] estabelecimentos de saúde, sendo que, na esfera da atenção secundária e terciária, há dois Hospitais (um Geral e um Dia), duas UPA, dois CEO, um CER, três CAPS e duas AMA, sendo uma de 24 horas.

No contexto da Atenção Básica, o distrito é totalmente coberto pela ESF e conta com 18 Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas quais há 95 Equipes de Saúde da Família, compostas por médica(o) generalista, enfermeira(o) e auxiliar de enfermagem, além de Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em sua maioria, as UBS possuem equipes de Saúde Bucal, compostas por cirurgiã(o) dentista e auxiliar de saúde bucal (CNES, 2021).

Também fazem parte da estrutura da AB no Jardim Ângela cinco Equipes Multi (antigo NASF), as quais, atualmente, são compostas por educador(a) físico(a), nutricionista, fisioterapeuta, psicóloga(o), assistente social, terapeuta ocupacional, pediatra, ginecologista e psiquiatra. As trabalhadoras dessas cinco equipes ofertam apoio a 10 das 18 UBS, cobrindo 54 das 95 equipes de ESF (CNES, 2021).

Este quadro de apoio à AB no Jardim Ângela é historicamente insuficiente, dentre outras compreensões, devido à quantidade de UBS sem cobertura, mas também em razão do contingente populacional, e, sobretudo, do perfil de vulnerabilidade deste distrito. Tal quadro de insuficiência tem se agravado em decorrência de alterações na PNAB (Brasil, 2017a), que já anunciavam mudanças importantes, com implicações na configuração do pretendido apoio que se buscava com as equipes NASF.

Para além das implicações na dimensão do apoio, a PNAB de 2017 introduziu o que veio, de fato, a culminar na extinção do NASF. A partir de janeiro de 2020, conforme a nota técnica n.º 3/2020 do Departamento de Saúde da Família, "o Ministério da Saúde não realizará mais o credenciamento de NASF-AB, e as solicitações enviadas até o momento serão arquivadas" (Brasil, 2020c).

[28] A densidade demográfica apontada nesta fonte se baseia na atualização do ano de 2021 feita pela Fundação SEADE, que tem como base os dados do censo do IBGE de 2010.

[29] Embora o TabNet resgate 24 equipamentos, na prática, o distrito conta com 27, já que há mais três CAPS, sendo um Infanto Juvenil, modalidade II, um CAPS Álcool e Outras Drogas, modalidade III e um adulto, Modalidade III.

Isso produziu importantes impactos na reorganização das equipes NASF que, diante do aumento das demandas no período da pandemia da Covid-19, foram reorganizadas de forma a priorizar atendimentos individuais, prescindindo das atividades de educação permanente.

A característica de matriciamento[30], aspecto essencial das equipes de apoio na AB, foi repentina e majoritariamente substituída por atendimentos individuais, em grupo e visitas domiciliares. Dessa forma, compromete-se a dimensão da formação e educação permanente, essenciais na AB, em favor do cumprimento de metas quantitativas.

Na Tabela 4.1, abaixo, constam as categorias profissionais que compõem a Atenção Básica no Jardim Ângela e seu quantitativo, de acordo com a UBS em que estão atuando, no momento desta pesquisa. A tabela apresenta as categorias, identificando-as em dois grupos: a Equipe Multi (antigo NASF) e a ESF.

As 1.041 trabalhadoras (es)[31] que atuam no distrito do Jardim Ângela estão distribuídas nesses dois grupos, sendo que cada grupo tem especificidades em seus fazeres: na ESF, as Agentes Comunitárias de Saúde, cujas atividades são essencialmente externas à UBS, são responsáveis pelo acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas por trabalhadora. Com atuação que abrange todas as faixas etárias do grupo familiar, levam informações de saúde em domicílio e garantem que estejam vinculadas à Unidade Básica de referência, através do cadastramento e de visitas periódicas.

As outras categorias de trabalhadoras (es) da ESF têm atuação majoritariamente interna na UBS e realizam procedimentos como: consultas médicas, consultas e intervenções odontológicas de baixa complexidade, visitas domiciliares a partir de demandas específicas, controle de grupos de risco como diabéticos e hipertensos, monitoramento de gestantes, idosos e lactantes, vacinação e, em algumas unidades, grupos com as Práticas Integrativas Complementares (PIC).

Já a Equipe Multi, desvirtuada da lógica em que atuava dentro da proposta do NASF, cumpre uma agenda de atendimentos que se dividem entre individual, grupal e visitas domiciliares, além do matriciamento, para o qual se determinou o máximo de 10% da carga

[30] O matriciamento é uma estratégia de cuidado compartilhado na esfera da AB, pela qual, as(os) profissionais recebem apoio técnico e pedagógico de "especialistas", visando ao desenvolvimento de recursos teóricos e práticas que resultem em uma atenção em saúde mais qualificada e evitem encaminhamentos desnecessários a outros níveis de cuidado no SUS. A proposta é que a AB receba apoio matricial (ou matriciamento) desses "especialistas", que integram os NASF ou a Equipe Multi, por meio de ações como discussão de caso, consultas e visitas compartilhadas, elaboração de projeto de cuidado, entre outras como, no caso do território M'Boi Mirim, a realização de eventos onde um(a) profissional, em geral o(a) psiquiatra, costumava ser chamado(a) para falar sobre quadros psiquiátricos.

[31] Optou-se pela não inclusão das trabalhadoras (es) que atuam na esfera administrativa, segurança e limpeza, embora, do ponto de vista da Saúde Mental, este autor entenda que todas as trabalhadoras (es) da unidade podem (e devem) contribuir para a promoção de Saúde Mental das(os) usuárias(os) do serviço.

horária da trabalhadora. Assim, uma trabalhadora cuja carga horária seja de 20 horas semanais tem apenas 2 horas na semana para discussão de casos e consultas compartilhadas.

Nota-se (Tabela 4.1) que as demandas específicas de saúde mental, no distrito do Jardim Ângela, na esfera da Atenção Primária, são acolhidas por 26 trabalhadoras (es), sendo nove psicólogas, sete assistentes sociais, quatro educadoras físicas, quatro psiquiatras e duas terapeutas ocupacionais, em um universo de 1041 trabalhadoras (es). No nível da atenção secundária, há três CAPS, sendo um Adulto, modalidade III, um Infantil, modalidade II, um Álcool e Outras Drogas modalidade III e um CECCO.

Além disso, compondo a RAPS de referência para o distrito, nas demandas de urgência e emergência psiquiátrica, há um hospital Geral com 10 leitos de enfermaria psiquiátrica, duas UPAs e duas AMAs. Ainda fazem parte da Rede de Atenção Psicossocial, dois SRTs, modalidade II.

Tabela 4.1 — Categorias e quantitativo das trabalhadoras da Atenção Básica no Jardim Ângela

Trabalhadoras (es) ESF	**UBS 1**	**UBS 2**	**UBS 3**	**UBS 4**	**UBS 5**	**UBS 6**	**UBS 7**	**UBS 8**	**UBS 9**	**UBS 10**	**UBS 11**	**UBS 12**	**UBS 13**	**UBS 14**	**UBS 15**	**UBS 16**	**UBS 17**	**UBS 18**	**TOTAL**
Ag. Com Saúde	36	30	25	30	36	24	24	42	42	28	36	24	36	24	18	42	36	24	**557**
Aux. Enferm.	12	10	10	10	12	8	8	14	14	10	12	8	12	8	6	13	12	8	**187**
Dentista	3	2	2	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2	2	0	2	5	0	**25**
Auxiliar SB	3	2	2	0	0	0	0	0	0	2	3	2	2	2	0	2	5	0	**25**
Técnica(o) SB	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	**4**
Enfermeira(o)	6	5	5	5	6	4	4	7	7	5	6	4	6	4	3	7	6	4	**94**
Médica(o)	6	5	5	5	6	4	4	7	8	6	6	4	7	5	3	7	6	4	**98**
Trabalhadoras (es) NASF/Eq. Multi	**UBS 1**	**UBS 2**	**UBS 3**	**UBS 4**	**UBS 5**	**UBS 6**	**UBS 7**	**UBS 8**	**UBS 9**	**UBS 10**	**UBS 11**	**UBS 12**	**UBS 13**	**UBS 14**	**UBS 15**	**UBS 16**	**UBS 17**	**UBS 18**	**TOTAL**
Assistente Social	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	2	0	**7**
Educador(a) Físico(a)	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	**4**
Fonoaudióloga(o)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Fisioterapeuta	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	**5**
Ginecologista	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**1**
Nutricionista	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	**18**
Psicóloga(o)	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	2	0	**9**
Psiquiatra	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	**4**
Terap. Ocupacional	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	**2**
TOTAL GERAL	**73**	**56**	**50**	**51**	**68**	**42**	**41**	**71**	**79**	**54**	**73**	**45**	**66**	**46**	**31**	**74**	**80**	**41**	**1.041**

Fonte: CNES – Prefeitura Municipal de São Paulo

5 CAMINHOS DA PESQUISA

Conforme descrito no capítulo anterior, o território de M'Boi Mirim é formado por dois distritos: Jardim Ângela e Jardim São Luís. Os limites percebidos na AB deste território, quanto ao manejo das demandas por saúde mental, foram fundamentais para definir a saúde mental na AB como tema desta pesquisa. Atrelado ao contexto de definição do tema, estando no lugar de interlocutor de saúde mental do território de M'Boi Mirim, foi importante perceber que esses limites observados poderiam não ser oriundos apenas da visão das (os) trabalhadoras (es) quanto à necessidade de um saber especializado para lidar com saúde mental.

Em razão disso, considerar questões como o contexto sócio-histórico de vulnerabilidades, que se expressa na atualidade em diversos setores, como saneamento, transporte, habitação, cultura entre outros, mas especialmente na esfera da saúde, foi igualmente relevante para orientar a escolha do Jardim Ângela como campo de pesquisa.

Outro fator importante na definição do território se refere ao contingente de trabalhadoras (es) que integram as Equipes Multi na AB. Essas equipes que podem ter psiquiatra, nutricionista, fisioterapeuta, entre outros, geralmente são compostas também por psicóloga, assistente social, terapeuta ocupacional e educadora física, cuja atuação consiste em apoiar a equipe de ESF, nas demandas por saúde mental.

A expectativa, ao ter esses últimos profissionais na AB, em tese, é de se potencializar o acolhimento e absorção da maioria das demandas por saúde mental na esfera da AB, evitando encaminhamentos de usuários, cujo quadro de saúde não requer a intervenção de esferas reconhecidas como "especializadas" como CAPS, UPA, Hospitais Dia e enfermarias psiquiátricas.

A partir da definição do tema, conforme abordado em capítulos anteriores, esta pesquisa tem como referencial teórico as contribuições epistêmicas da Saúde Mental, enquanto campo de saberes e práticas. Ao longo da história, movimentos pela reforma psiquiátrica permitiram a formulação de uma compreensão sobre o fenômeno da *loucura*, deslocada do saber psiquiátrico clássico.

Tal compreensão possibilitou a construção de conceitos e definições da *loucura* como expressões de sofrimento humano, que pode ser acolhido fora do aparato institucional, inventado pela psiquiatria clássica, como o manicômio. Serão utilizados como referências no resgate deste processo sócio-histórico em torno do fenômeno da *loucura*/doença/saúde mental,

autores como Foucault (1978), Castel (1978), Costa (1989), Birman e Costa (1994) e Amarante (1995; 1996; 2013; 2016; 2017).

O estudo adotou a abordagem qualitativa, na concepção de Minayo (2014, p. 57), para a qual, a pesquisa qualitativa "é o método que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações e das crenças, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam".

Semelhantemente, Pope et al. (2005, p. 13) falam que a pesquisa qualitativa se refere "aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo". Nessa direção, a experiência das (os) trabalhadoras (es) de saúde no Jardim Ângela, ao lidarem com pessoas em sofrimento psíquico, é permeada por compreensões pessoais, familiares, acadêmicas e sociais sobre o fenômeno da *loucura*.

Consideramos que os desafios percebidos nas práticas da assistência às demandas por saúde mental na AB, e que se evidenciam ora pela insuficiência de trabalhadoras (es), ora pelas dificuldades no acolhimento dos usuários, ora por inseguranças no manejo, passam por interpretações e atribuições de sentido por parte das trabalhadoras (es), tanto em relação às suas práticas, quanto às políticas que as orientam.

Nesse sentido, entendemos que o percurso da pesquisa deveria privilegiar a experiência das (os) trabalhadoras (es) da AB no distrito do Jardim Ângela, a partir da configuração de um espaço de fala, onde elas pudessem expressar compreensões, críticas, medos e angústias que perpassam suas experiências no contexto da saúde mental na AB.

O reconhecimento dos seus lugares, enquanto agentes do cuidado, e canais através dos quais as políticas são implantadas pode contribuir não apenas para a valorização de suas experiências, como também para o protagonismo de suas falas e, sobretudo, para fomentar reflexões que possam indicar cenários que se configurariam na fronteira entre as políticas que definem programas e as práticas que os implementam.

Com essa perspectiva, e apoiada em Kitzinger (2005), a pesquisa utilizou o Grupo Focal como método de estimular discussões, com o propósito de promover a emergência de conteúdos referentes a políticas e práticas, a partir das falas das (dos) trabalhadoras (es). Kitzinger assinala que, ao contrário de uma entrevista em grupo comum, na qual as pessoas podem responder individualmente as perguntas, o Grupo Focal busca a interação das participantes e o diálogo resultante desta interação. Nesse sentido,

> [...] as pessoas são estimuladas a falar umas com as outras, a perguntar, a trocar histórias e a comentar sobre as experiências e os pontos de vista umas das outras. [...] a ideia por trás do método do Grupo Focal é que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão por meio de maneiras que seriam menos facilmente acessíveis numa entrevista frente a frente. (Kitzinger, 2005, p. 31).

Nessa mesma direção, fundamentando-nos em Minayo (2014), adotamos o roteiro para Grupo Focal, como instrumento de abordagem às (aos) trabalhadoras (es). A autora entende que, diferente do questionário, que "pressupõe hipóteses e questões fechadas", um roteiro "visa a compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação [...]" (Minayo, 2014, p. 192).

A partir das escolhas do Grupo Focal como método de promover diálogo e do roteiro para Grupo Focal como instrumento de abordagem, procedemos às etapas para seleção da UBS onde foi realizada a pesquisa e a seleção das (dos) trabalhadoras (es) que compuseram o grupo. As etapas são descritas a seguir.

Antes, porém, importa ressaltar que, no momento da realização desta pesquisa, o protocolo sanitário da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo para prevenção do contágio da Covid-19 estabelecia restrições a reuniões presenciais. Além disso, esse contexto de emergência em saúde exigia que os profissionais concentrassem toda a atenção aos munícipes; o que limitava sua disponibilidade. Por esta razão, optamos pela realização de um Grupo Focal, com apenas uma sessão, que se realizou em uma UBS.

Após a aprovação do projeto de pesquisa pelos comitês de ética da Secretaria Municipal da Saúde e do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – IPUSP (Anexo A), a composição do Grupo Focal se deu em duas etapas. Na primeira, selecionamos a UBS onde foi aplicado o Grupo Focal. Nesta seleção, levou-se em conta o protocolo sanitário da Secretaria Municipal de Saúde mencionado acima, que estabelecia a necessidade de distanciamento social de pelo menos 1,5 metro entre as pessoas.

Considerando que o Grupo Focal seria composto por até 8 pessoas, conforme a proposta de Kitzinger (2005), foi constatado à época que, das 18 UBS no distrito do Jardim Ângela, apenas 5 possuíam salas que comportariam até 8 pessoas, com distanciamento. Portanto, dentre essas UBS, selecionamos, mediante sorteio, a UBS cujos profissionais participariam da pesquisa.

Optamos por esta seleção em forma de sorteio em razão do lugar e da função que eu ocupava no momento da pesquisa, enquanto interlocutor de saúde mental no território. Buscamos, dessa forma, promover um processo de seleção no qual a escolha da unidade não fosse motivada por afinidades com o pesquisador.

Uma vez definida a UBS, sua gestora foi informada sobre a escolha, mediante e-mail, convidada a dar ciência no Termo de Anuência (Apêndice C) e solicitada a verificar, junto às (aos) trabalhadoras (es), quem estaria disponível para participar da pesquisa. Deste modo, concluída a primeira etapa para formação do Grupo Focal, com a definição da UBS,

procedemos à segunda etapa, que consistiu na seleção das (dos) trabalhadoras (es) que comporiam o grupo.

Nesta composição, objetivamos a formação de um grupo com 4 a 8 profissionais, conforme a proposta de Kitzinger (2005). Foi estabelecida, como único critério de inclusão na pesquisa, a necessidade de a trabalhadora estar atuando na Atenção Básica, no Distrito do Jardim Ângela, há um tempo mínimo de dois anos. E como critério de exclusão, a trabalhadora não atuar no Jardim Ângela.

Caso não houvesse trabalhadoras (es) suficientes que atendessem ao critério de tempo de atuação para alcançar a quantidade de participantes pretendida, o tempo mínimo de atuação seria reduzido para 6 meses. O estabelecimento desses critérios teve a finalidade de garantir que a trabalhadora tivesse o mínimo de conhecimento do território e vivência no tema da pesquisa.

Foram sete trabalhadoras que manifestaram disponibilidade, sendo, da Estratégia de Saúde da Família, duas Agentes Comunitárias de Saúde, uma auxiliar de enfermagem, duas enfermeiras e uma médica. Já da Equipe Multi, houve apenas uma assistente social. Vale destacar que, entre as trabalhadoras da Equipe Multi convidadas para a pesquisa, apenas esta última tinha atuação superior a seis meses.

Considerando a necessidade de reduzir os riscos de transmissão da Covid-19, optou-se pela formação do grupo com seis trabalhadoras, de forma que na realização do Grupo Focal houvesse apenas 8 pessoas na sala, contando com a minha presença e a de um facilitador. Durante os alinhamentos com a gestora da UBS, quanto ao dia e horário para a realização do Grupo Focal, fomos informados que uma das participantes (médica) não poderia participar devido a afastamento por Covid-19. Na ocasião, esta profissional foi substituída por uma dentista.

Deste modo, o grupo ficou a com a seguinte composição: 1 assistente social, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem, 1 odontologista e 2 Agentes Comunitárias de Saúde.

O Grupo Focal aconteceu nas dependências da própria UBS, em horário conveniente às participantes e previamente acordado com o gestor, e depois da devida autorização da OSS responsável pela administração dos serviços, os quais tiveram acesso ao integral teor do projeto de pesquisa. Na ocasião, as trabalhadoras foram orientadas quanto aos objetivos e à metodologia da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B).

O grupo teve duração de 87 minutos, sendo gravado em áudio, e foi conduzido por um facilitador, cuja função foi de executar a aplicação do roteiro para Grupo Focal (Apêndice A),

e fomentar as reflexões e discussões do grupo, enquanto ocupei o lugar de ouvinte/observador (Kitzinger, 2005, p. 36).

Dessa forma, as trabalhadoras foram estimuladas por questões disparadoras a falarem sobre suas experiências, impressões e compreensões quanto às suas práticas em saúde mental na AB. Puderam, ainda, nesta interação, compartilhar umas com as outras sentimentos e valores, por vezes encobertos, mas que atravessam sua atuação.

Após a gravação do áudio do Grupo Focal, ele foi transcrito, transcriado, devolvido às participantes e, somente após a aprovação do conteúdo por elas, foi trabalhado em análise qualitativa. [32]No encerramento da sessão, assumi o compromisso com as trabalhadoras de, após a finalização da pesquisa, retornar à UBS para compartilhar os desdobramentos e reflexões oriundos de suas contribuições.

A transcrição dos encontros foi examinada minuciosamente a partir da técnica de Análise de Conteúdo que, segundo Bardin (2016),

> É um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) desta mensagem (Bardin, 2016, p. 48).

De acordo com Minayo (2014, p. 309), há diversas modalidades ou técnicas de análise de conteúdo, como "*Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação."* Dentre estas, a autora entende que a modalidade de Análise Temática seja a mais indicada para investigações qualitativas em saúde.

Oliveira (2008, p. 571), por sua vez, nomeia esta técnica de Temático-Categorial e destaca, além das citadas acima, a "análise transversal ou longitudinal, análise do geral para o particular, análise do particular para o geral, análise segundo o tipo de relação mantida com o objeto estudado, análise dimensional", entre outras.

Referindo-se à mesma técnica como Categorial, Bardin (2016) aponta que esta consiste em desmembrar o texto em unidades menores de forma que tais unidades remetam a temas, e esses por sua vez possam indicar categorias de análise.

Considerando o processo executado no andamento deste trabalho, foi adotada a modalidade de Análise Temática ou Categorial, que Minayo assim define: "consiste em

[32] Algumas partes desse conteúdo, o qual representa as elaborações do grupo de trabalhadoras entrevistadas, serão resgatadas ao longo do trabalho e citadas, a fim de compor as discussões que serão realizadas. A fonte de tais citações estará referenciada como "Entrevista, 2021".

descobrir os temas ou *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado" (Minayo, 2014, p. 316).

Procedemos à análise categorial considerando as três etapas, definidas por Bardin (2016, p. 125): "a pré-análise; a exploração do material ou codificação e o tratamento dos resultados e interpretação". A seguir, descreve-se a realização das três etapas.

A etapa pré-analítica consistiu em uma leitura flutuante do material já transcrito e transcriado. Segundo Bardin (2016, p. 126), a leitura flutuante "consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações".

Tendo em vista que o material de análise consistia em apenas um documento (a sessão do Grupo Focal), entendeu-se que esta unidade se constituía no "*corpus* de análise", atendendo, portanto, às normas da Análise de Conteúdo para a validade qualitativa, que são a "exaustividade, a representatividade, a homogeneidade e a pertinência" (Bardin, 2016, p. 126-128).

Após a leitura flutuante, avaliou-se que o material a ser analisado seria suficiente e adequado para atingir os objetivos definidos na pesquisa. Assim, foi definido que toda palavra ou frase presente no "*corpus* de análise" (a sessão do Grupo Focal), que tivesse relação com o tema da pesquisa e os objetivos propostos neste trabalho, seria considerada como *unidade de registro* (UR)[33].

Nessa lógica, cada unidade de registro encontrada indicou a presença de um tema ou unidade de significação (US)[34]. Segundo Bardin (2016, p. 135), "o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura".

Uma vez definida a unidade de registro, procedemos à segunda etapa da análise categorial; a fase exploratória. Esta, por sua vez, consistiu na identificação e no recorte de cada segmento ou fragmento de texto (palavras ou frases) e atribuição de sentido a ele. Desta forma, a cada unidade de registro identificada, atribuiu-se um tema ou uma unidade de significação, levando-se em consideração o contexto em que a unidade de registro apareceu, bem como o alinhamento teórico adotado na pesquisa.

---

[33] Corresponde a qualquer recorte de parte, trecho ou segmento do material analisado, seja uma palavra ou frase, que indique ou aponte a identificação de um tema ou unidade de significação.

[34] Enquanto a UR (Unidade de Registro) se atém à fala literal e *personalística* de um determinado sujeito da pesquisa, a US (Unidade de Significação) se refere ao significado que o pesquisador — atrelado ao referencial teórico adotado, mas imerso em sua subjetividade —, atribuiu ao *sentido coletivo* desta fala, expresso pelos sujeitos da pesquisa.

Já a etapa de tratamento consistiu, em um primeiro momento, na contagem de todas as unidades de registros encontradas no material analisado. Posteriormente, visando a elaboração de categorias, procedemos à identificação, ao agrupamento e à contagem dos temas ou unidades de significação idênticas, que resultaram das unidades de registro.

Finalmente, considerando a proximidade temática das unidades de significação, foram construídas as categorias. É importante ressaltar que o procedimento inicial de quantificação, nesta etapa de tratamento, tem o propósito de evidenciar a relevância da composição de cada categoria, haja vista a frequência com que cada unidade de significação aparece no material analisado.

A realização dessas etapas possibilitou a identificação de unidades de registro, as quais indicaram a presença de temas ou unidades de significação. Estes temas ou unidades de significação, uma vez agrupadas por semelhança ou sentido em comum, resultaram na elaboração de cinco categorias, conforme explicita a tabela abaixo.

Tabela 5.1 — Unidades de significação e categorias/cenários

UR	FREQUÊNCIA DE UR	UNIDADES DE SIGNIFICAÇÃO	CATEGORIAS/CENÁRIOS	UR	%UR
1.356	20	Aumento das demandas	DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL	607	44,76
	27	Agravamento dos quadros de SM			
	184	Estresse do(a) trabalhador(a)			
	50	Falta de trabalhadoras(es)			
	238	Assistência insuficiente			
	88	Atendimento restrito			
	55	Casos Complexos	MANEJOS DA "*LOUCURA*" NA PRÁTICA	413	30,46
	7	Casos leves			
	68	Casos graves			
	33	Vínculo temerário			
	171	Concepção de Saúde Mental			
	79	Hipersensibilidades			
	1	Medicação como último recurso	LIMITES NA OFERTA DO CUIDADO	220	16,22
	74	Insegurança no manejo			
	14	Identificação de necessidades			
	126	Empecilhos no cuidado			
	2	Transferência de cuidado			
	3	Atendimento possível			
	3	Impacto da política	IMPACTOS INSTITUCIONAIS NO COTIDIANO DO TRABALHO	103	7,60
	43	Impacto da gestão			
	57	Impacto cultural			
	7	Cuidado e empatia	POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA PRÁTICA ASSISTENCIAL	13	0,96
	6	Trabalho Multiprofissional			

Fonte: O autor

Estas categorias representam os cenários que se pretendeu identificar, conforme o objetivo proposto nesta pesquisa. Portanto, elas são retomadas para reflexão, entendendo que cada categoria indica um dos cenários que, na perspectiva das trabalhadoras do distrito do Jardim Ângela, se configura nas lacunas e distanciamentos entre as políticas e as práticas no contexto da assistência em saúde mental na AB.

Todo o percurso de análise foi orientado pelas contribuições dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial. A discussão e as considerações finais tiveram também como base as contribuições de Amarante (2013) e Scarcelli (2017) sobre as dimensões/âmbitos que permeiam as estruturas sociais: Teórico-conceitual, Jurídico-político ou Político-jurídico, Sociocultural ou Social-cultural e Técnico-assistencial.

6 SOBRE O PROCESSO ANALÍTICO DO CONTEÚDO EMERGENTE NO GRUPO FOCAL

Conforme se pode observar, no processo de análise das transcrições, foi possível identificar 1356 unidades de registro, a indicação de 24 temas ou unidades de significação e a elaboração de cinco categorias. Um olhar mais detalhado sobre esses resultados será apresentado em seguida, acompanhado de reflexões suscitadas a partir deles e direcionado aos objetivos propostos neste trabalho. Lançaremos esse olhar a partir do referencial teórico adotado e das contribuições de Amarante e Scarcelli.

Aqui, importa relembrar que Paulo Amarante fala de *dimensões* no contexto das complexidades do processo da Reforma Psiquiátrica, enquanto Ianni Scarcelli refere-se a *âmbitos*, no contexto da Psicologia Social. Isso porque Scarcelli (2017, p. 220), fundamentada em sua prática docente e sua experiência com Grupos Operativos, e partindo de um lugar diferente — a Psicologia Social pichoniana — mas apontando para a mesma direção — as complexidades dos processos sociais —, delimita 4 áreas presentes nas tramas das políticas e práticas: "político-jurídico, sociocultural, teórico-conceitual e técnico-assistencial", denominando-as de "*âmbitos*" e propondo-os como um "recorte metodológico", no contexto desta psicologia social.

Amarante (2013) observa que as dimensões inerentes ao processo de desinstitucionalização na Reforma Psiquiátrica têm como característica a inter-relação, já que concepções epistemológicas determinam vieses assistenciais, sustentam condutas jurídicas, referenciam posicionamentos políticos e orientam práticas e percepções sociais sobre a saúde.

Tais dimensões, longe de esgotarem a complexidade inerente ao processo de desconstrução institucional, indicam a pluralidade de dispositivos institucionais que, sempre em jogo na esfera social, imprimem prática, técnicas, propostas, percepções e olhares, por vezes, determinantes no saber-fazer em saúde mental.

Scarcelli (2017), por sua vez, diante das tendências às estereotipias e engessamentos — características das políticas e práticas presentes nas relações sociais entre indivíduos, grupos e instituições —, propõe, a partir dos *âmbitos*, o método da *indagação* como forma de resistir às naturalizações da vida cotidiana. Para a autora, orientada pela psicologia social que está inscrita em uma crítica da vida cotidiana (Pichon-Rivière; Quiroga, 2010), defende que

> [...] a reflexão psicológica deve incluir indagações frente à complexidade das relações que determinam as tramas vinculares, e são por ela determinadas, pois vida cotidiana

> reivindica uma crítica, uma atitude analítica que faça frente à consciência ingênua, indagando as leis que regem a configuração do sujeito [...]. (Scarcelli, 2017, p.217).

Desta forma, os âmbitos são assim delimitados:

> Político-jurídico: indaga sobre leis, diretrizes políticas, programas governamentais e não governamentais decorrentes destas políticas e seus aspectos legais, normas, prescrições, entre outros; Social-cultural: indaga sobre grupos e sujeitos, suas necessidades e demandas no contexto de proposição, implantação e implementação de políticas e práticas; Teórico-conceitual: indaga sobre fundamentos teóricos e filosóficos, sobre concepções que sustentam práticas, programas, diretrizes políticas, leis, etc.; Técnico-assistencial: indaga sobre os modos de criação, implantação, implementação e desenvolvimento de práticas de programas, diretrizes políticas e leis. (Scarcelli 2017, p. 218).

Dentro desta proposta, cada âmbito é a base para se formular indagações sobre os fenômenos identificados no processo de estudos, seja de indivíduo, grupos ou instituições. A estratégia, conforme a autora, serve à formulação de perguntas, problemas e compreensões sobre os fenômenos observados e "subsidiam o ato de colocar sob suspeita a auto-evidência do cotidiano e a naturalização do instituído" (Scarcelli, 2017 p. 229).

Scarcelli (2017, p. 218) ainda sinaliza que, enquanto recorte metodológico, os âmbitos devem ser compreendidos de forma integrada, pois "subsidiam a organização do pensamento, o direcionamento do olhar e a planificação da ação; possibilitam agregar conhecimentos sobre os fenômenos numa perspectiva pluridimensional e interdisciplinar".

Desse modo, entende-se que as contribuições epistêmicas do campo da Saúde Mental, descritas acima, transitam por essas dimensões/âmbitos. É nessa perspectiva que o presente trabalho se utilizará das contribuições desses autores, para subsidiarem reflexões no desenvolvimento do presente trabalho. É importante relembrar que todo o percurso analítico foi orientado pelas contribuições teóricas dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

7 REFLETINDO SOBRE OS CENÁRIOS/CATEGORIAS

Como exposto no tópico anterior, após análise do conteúdo produzido no Grupo Focal, identificamos unidades de registro que indicaram temas/unidades de significação, as quais permitiram a proposição de 5 categorias de análise que possibilitaram levantamento de questões e elaborações. Estas categorias, agora entendidas como os cenários que emergem no "entre" das políticas e práticas no contexto da atenção em saúde mental na AB, serão discutidas a partir do referencial teórico proposto. É um modo de, no caminho que se percorrerá, dar relevância às hipóteses interpretativas que foram suscitadas.

No percurso seguinte, antes de proceder à reflexão das categorias, procuramos descrever os atributos de cada uma, demonstrando quais unidades de significação (US) as constituíram, enquanto se atribui inferências às referidas categorias e as discute com base na literatura e, especialmente, nas concepções de Scarcelli (2017) e Amarante (2013) sobre as esferas que permeiam as estruturas sociais: Teórico-conceitual, Jurídico-político ou Político-jurídico, Sociocultural ou Social-cultural e Técnico-assistencial.

Do processo de análise, deduzimos 5 cenários/categorias: Desafios da assistência em saúde mental, Manejos da "*loucura*" na prática, Limites na oferta no cuidado, Impactos institucionais e Possibilidades de cuidado na prática assistencial. Como já dito, ao longo deste capítulo de discussão, as categorias são também denominadas de "cenários", pois remetem ao objetivo proposto neste trabalho.

7.1 Desafios da assistência em saúde mental

Esta categoria foi composta por 607 unidades de registro, identificadas em 6 unidades de significação/temas, sendo 20 UR na US *Aumento das demandas*, 27 UR na US *Agravamento dos quadros de saúde mental*, 184 UR na US *Estresse do(a) trabalhador(a)*, 50 UR na US *Falta de trabalhadoras(es)*, 238 UR na US *Assistência insuficiente* e 88 UR na US *Atendimento restrito.* Abaixo, algumas partes das falas das trabalhadoras.

> [...] o que a gente tem visto nos últimos anos é uma demanda muito mais alta de saúde mental. [...] os casos mais graves, e os casos médios e leves acabam ficando; tendo uma ou outra consulta, esporadicamente, com algum trabalhador que a gente consegue da rede [...]. [...] Fica impraticável, impraticável. [...] há anos nós estamos trabalhando na prefeitura, nós há anos temos carência de psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais (...) muito pouco, gente, é impraticável. [...] eu já acompanhei casos que, pra mim, assim; marcam minha carreira de trabalhador. A pessoa morreu

> esperando assistência. E a gente não teve nada para fazer com ela; absolutamente, nada. [...] Existe um grande buraco na Atenção Básica. [...] acho que a gente tem uma pequena fatia da população; pequena fatia que consegue tratamento. [...] Como a gente se sente? Solitários! Uma situação (...) indignação (...), bem difícil, porque vem o envolvimento; a gente como trabalhador, acaba segurando (...) até onde você se envolve? porque é um sofrimento pessoal. [...] Porque vai chegar uma hora que aquilo só vai começar a te trazer sofrimento pessoal! Você começa a sofrer com as demandas que você não consegue resolver. A gente não tem como absorver tudo isso. Aí você passa a se sentir solitária [...]. [...] Então, da parte do trabalhador mesmo é uma enorme angústia, resumindo assim [...]. [...] eu acho que é meio que desumano, não é? É desumano! Ver a pessoa batendo de porta em porta; e assim, quantas pessoas a gente atende aqui! A gente sabe que a gente não tem a resposta pra ela, mas a gente nem pode falar isso. Você fica olhando pra ela. Aquele vazio, aquela angústia que dá [...]. (Entrevista, 2021)

Esta categoria, *Desafios da assistência em saúde mental*, expressa um dos cenários mais relevantes, apontados pelas trabalhadoras, não apenas porque abarca quase a metade das UR identificadas (44,76%); mas, sobretudo, porque aponta uma possível relação entre precariedades na assistência (238 UR) e estresse do(a) trabalhador(a) (184 UR). Na compreensão das trabalhadoras, esse cenário se constitui num importante elemento produtor de esgotamento e impotência.

Neste cenário, as trabalhadoras se percebem indignadas, solitárias e angustiadas, pois o crescimento das vulnerabilidades das(os) usuárias(os) não é acompanhado por investimento na contratação de mais profissionais. Resta-lhes o esforço para "encontrar" algum recurso na rede, não para ofertar cuidado, de fato, mas para minimizar o sofrimento da(o) usuária(o), e o seu próprio. O trabalho, do qual se esperaria satisfação, resulta em desprazer e sofrimento.

Esse encontro de subjetividades, que se expressa principalmente no âmbito técnico-assistencial, é um dos elementos que, em geral, não são capturados pelas instâncias definidoras de diretrizes e programas em saúde, no âmbito político-jurídico. Ao se estabelecer, por exemplo, que na AB "a saúde mental não exige necessariamente um trabalho para além daquele já demandado aos trabalhadores de Saúde", como proposto pelo Ministério da Saúde, se ignora os impactos que fatores intersubjetivos e o próprio contexto de trabalho — já marcado por ausências e insuficiências — exercem na saúde mental da trabalhadora.

Na fala das trabalhadoras, o vazio e a angústia são decorrentes da necessidade, institucionalmente imposta, de se calar diante da ausência da oferta do cuidado esperado. Tal silenciamento coloca a trabalhadora no mesmo lugar da(o) usuária(o): aquela que sofre sem ter a quem recorrer.

A histórica falta de trabalhadoras na rede destoa de diretrizes como a longitudinalidade e a resolutividade, preconizadas em portarias como a 2436/1, que aprova a PNAB na esfera do

SUS. Isso reforça a hipótese de distanciamento que existe entre os âmbitos político-jurídico e técnico-assistencial, conforme apontado por Scarcelli (2017).

Nesse sentido, indagamos se esse cenário apontado pelas trabalhadoras, resguardadas as diferenças próprias históricas que se expressam no tempo-espaço, reproduz e/ou traz semelhanças ao contexto dos anos em que surge o MTSM (Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental), ainda em 1978. Amarante (1998) diz que o MTSM nasceu a partir da necessidade de reagir ao contexto de decadência instalada na DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental), órgão responsável pelas formulações de políticas de saúde mental naquele momento.

Além das reivindicações por melhorias trabalhistas, o movimento trazia em sua pauta questões como formação profissional, resistência às estruturas institucionais, crítica ao modelo biomédico, número insuficiente de trabalhadoras (es) e, sobretudo, "denunciava a falta de recursos nas unidades e a consequente precariedade das condições de trabalho refletida na assistência dispensada à população" (Amarante, 1998, p. 52).

Após quase meio século de lutas no campo da saúde mental brasileira, políticas foram propostas, leis foram instituídas e práticas assistenciais foram revistas. Apesar disso, é possível notar resistências político-ideológicas que, fundamentadas em princípios próprios do capitalismo, buscam enfraquecer a trajetória de conquistas no campo da saúde mental.

Como indicado ao longo deste trabalho, é inegável o avanço que movimentos, como o MTSM, obtiveram ao longo de sua trajetória, especialmente após a organização do Movimento da Luta Antimanicomial (MLA), que mobilizou não apenas trabalhadoras (es), mas também as(os) próprias(os) usuárias(os), familiares, voluntárias(os), artistas, acadêmicas(os) e intelectuais. Desde então, como observa Amarante (1998),

> A questão da *loucura* e do sofrimento psíquico deixa de ser exclusividade do médico, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar o espaço das cidades e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que a experimentaram em suas vidas. (Amarante, 1998, p. 95, grifo nosso)

Vale observar que, apesar de alguns percalços, como o período de 12 anos que se levou até a aprovação da Lei 10.216/2001 e dos desafios que apontam para a necessidade de se repensar as estratégias de implementação da rede substitutiva, de modo geral os movimentos pela reforma psiquiátrica obtiveram avanços ao longo de sua trajetória, especialmente entre os anos de 2001 a 2014. Nesses anos se percebeu maior investimento na rede substitutiva ao modelo manicomial, com intensa desativação de leitos, ao passo que foram criados equipamentos com base comunitária em lugar dos serviços de base hospitalar.

O surgimento do MLA no processo de reforma psiquiátrica brasileira se constituiu como um dos mais importantes acontecimentos na luta pela desinstitucionalização. Com foco na extinção dos manicômios, mas sem se limitar a isto, o movimento tem trazido importantes contribuições nos campos jurídico-político, técnico-assistencial, social-cultural e epistemológico, promovendo processos de mudanças na relação da sociedade com a *loucura* e fomentando políticas públicas voltadas à saúde mental. Para Scarcelli (1998), o MLA tem três grandes objetivos:

> – extinção progressiva dos manicômios e criação de uma rede substitutiva aos hospícios;
> – criação de uma nova cultura que supere a visão de naturalidade das relações de desigualdades;
> – criação de uma nova legislação psiquiátrica que regulamente os direitos do doente mental. (Scarcelli, 1998, p. 27)

Entretanto, a autora também observa que o MLA, embora tenha surgido como uma espécie ampliação em relação ao MTSM, traz na trajetória de luta alguns desafios. Diz a autora que o movimento "reconhece que as relações manicomiais são reproduzidas também na criação de novas práticas, já que estas são produtos da própria estrutura social que ainda está por ser transformada" (Scarcelli, 1998). Para ela,

> Do mesmo modo que a criação de serviços substitutivos pode representar uma nova versão da estrutura manicomial e as relações entre trabalhadores/usuários no âmbito do movimento, atualizar as relações assimétricas e de dependência dos segundos em relação aos primeiros, os espaços institucionais abertos nessa trajetória podem significar um novo tipo de cooptação e dependência do movimento às estruturas estatais. (Scarcelli, 1998, p.29).

Nesse sentido, entendemos que o cenário aqui em discussão também diz sobre o jogo de forças e contradições em diversos âmbitos. Situa-se no contexto dos espaços institucionais e no território das complexidades dos processos sociais, especialmente em se tratando do campo da saúde mental, como indicam Rotelli (1990) e Scarcelli (2017).

Se esse cenário, *Desafios da assistência em saúde mental*, assemelha-se ao cenário anterior aos movimentos de reforma psiquiátrica, deve-se reconhecer, porém, uma diferença fundamental: o atual cenário de desassistência se dá apesar da bandeira "*Por uma Sociedade sem Manicômios*" e do aparato jurídico, teórico e técnico, construído no campo da saúde mental.

Embora atualmente haja uma maior aproximação aos princípios da luta antimanicomial, especialmente no âmbito social-cultural por meio dos movimentos sociais, exige-se ainda o enfrentamento ao esforço que se observa principalmente no âmbito político-jurídico, para o retorno a uma cultura manicomial.

Vale lembrar que, na dimensão política atual, houve inequívocos e sucessivos ataques e tentativas de desmantelamento no campo da saúde mental pelo caótico governo de Jair

Bolsonaro e pelo governo Temer. Consequentemente, se percebe uma atmosfera de estagnação no avanço das políticas de saúde mental.

O cenário aqui em discussão indica que os avanços reconhecidos e comemorados no campo da saúde mental precisam ser discutidos. Há elementos presentes na criação e implantação das políticas públicas em saúde mental que carecem de explicitação. São elementos que perpassam os âmbitos teórico, político-jurídico, técnico-assistencial e social-cultural. Âmbitos que também atravessam a criação de programas e suas diretrizes, mas não são percebidas na dinâmica das relações micro e macroinstitucionais.

Isso é apontado por Scarcelli (2017), que, orientada pelas contribuições da psicologia social de Pichon-Rivière e de Gaston Bachelard, reflete sobre as tendências de se construir percepções equivocadas a respeito de experiências supostamente bem-sucedidas nas políticas públicas. A autora considera que, nessas avaliações, é preciso levar em conta compreensões que, por serem de natureza inconsciente, não aparecem nos discursos, mas que estariam presentes nos espaços institucionais, onde as políticas públicas são planejadas e executadas.

Tais compreensões seriam resultado de um "estancamento da aprendizagem" e estariam ligados à tendência à aceitação acrítica a dado conhecimento estruturado ou a programas e diretrizes estabelecidas. Partindo desses autores, ela comenta que tal estancamento da aprendizagem

> [...] nem sempre se manifesta claramente como estereótipos, e quando estes não são considerados, principalmente em situações que se apresentam 'como se' tudo estivesse fluindo bem, pode ser mais um dos modos de criar novas práticas que mantêm velhas estruturas. (Scarcelli, 2017, p. 160)

Esse apontamento da autora sinaliza a necessidade de se atentar a determinadas políticas, cujas propostas apresentam supostas inovações, mas com objetivos escusos de negar conquistas já alcançadas no campo da saúde mental. Nota-se que os movimentos que permitiram a construção da Saúde Mental, enquanto campo de saber, desde o início, se deram em meio a resistências por parte de conhecimentos hegemônicos e organizações de saúde, cujos lucros foram ameaçados em face dos avanços possíveis no campo das políticas públicas neste contexto.

Assim, é ainda plausível pensar uma relação estreita entre o cenário *Desafios da assistência em saúde mental* levantado pelas trabalhadoras nessa pesquisa, e o histórico embate de determinadas corporações médicas e farmacêuticas com os movimentos pela reforma psiquiátrica no Brasil. Este cenário pode indicar que, atualmente, determinadas políticas públicas voltadas à saúde mental têm sido pensadas e implementadas para atenderem (ainda) à indústria da *loucura*.

A título de exemplo, no momento em que este trabalho é escrito, o Diário Oficial da União publica em 23 de março de 2022 a Portaria GM/MS nº 596 (Brasil, 2022a), a qual revoga importantes incentivos financeiros que fazem parte do Programa de Desinstitucionalização, integrante do componente de estratégias de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial. A medida ignora políticas de saúde mental já consagradas e ameaça a base central do processo de reforma psiquiátrica: a desinstitucionalização.

Na sequência, em 31 de março de 2022, o site do Governo Federal publica matéria na qual anuncia que o Ministério da Cidadania abriu edital para financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos (Brasil, 2022b). As ações são continuidades do projeto político ideológico, retomado desde 2015, para desmantelar políticas públicas de saúde mental e manter os lucros das corporações médico-hospitalares, com a consequente instalação das precariedades na assistência, como indicado por este cenário.

7.2 Manejos da *loucura* na prática

Esta categoria se refere a 413 unidades de registro (UR), presentes em seis unidades de significação (US), sendo, 55 UR na US *Casos complexos*, 7 UR na US *Casos leves*, 68 UR na US *Casos graves*, 33 UR na US *Vínculo temerário*, 171 UR na US *Concepção de saúde mental* e 79 UR na US *Hipersensibilidades.* A seguir, procuramos exemplificar a categoria por meio das falas das trabalhadoras, a partir das quais foi possível inferir que se tratava de mais um cenário, identificado neste trabalho como Manejos da *loucura* na prática.

> "[...] pessoal falava assim: 'Ah aquela gordinha do cabelo duro'. Gente, era tão normal. Eu não sofri por isso. E hoje as crianças sofrem muito". "[...] a gente tem dois extremos: tanto aquelas pessoas que, acho que por conta da mídia e tudo mais, traz um sofrimento psíquico por coisas muito simples do dia a dia, como pessoas em situações muito graves". "[...] a gente acaba ficando nos casos mais graves (...) a gente não consegue atender da maneira adequada". "[...] eu acho que tem um vazio grande na rede para atender essas pessoas, e a gente, como trabalhador de saúde (...) acaba criando um vínculo, criando um estreitamento de laço com esse paciente, e acaba fazendo um trabalho, que muitas vezes a gente não sabe se a gente está fazendo certo. Porque a gente não tem preparo para isso né? De abrir uma porta". "[...] então a gente precisa tomar cuidado: o quanto que você permite que a pessoa se abra com você". "[...] porque a gente entende também que a saúde mental é aquele momento (...) a pessoa vai se fortalecer e depois ela vai sair da rede e abrir espaço para outros e acompanhar na UBS, mas a gente, como UBS, não temos como ser essa primeira porta. Nós não temos especialistas. E a gente fica com essa pessoa represada". "[...] e aí chega um momento da vida que a gente se blinda. A gente fica blindada, porque, assim: a nossa família vinha num processo, que a família vai se desmontando. A família toda se desmonta porque você tenta, tenta, tenta de todas as maneiras e não acha saída". "[...] e aí num dado momento você fala assim: chega! Ou vai morrer todo mundo em casa, ou a família [...]". "[...] eu penso numa organização de rede que o CAPS tinha que ser essa porta. É lá que eu tenho os trabalhadores que conseguem". (Entrevista, 2021)

Este cenário indicado pelas trabalhadoras aponta para uma concepção de saúde mental fortemente marcada pelo saber psiquiátrico, e balizada por uma compreensão de reforma psiquiátrica, cujo sinônimo se limita a reorganização da assistência. Ainda nessa lógica, o cenário parece evidenciar uma profunda lacuna presente nos processos de formação profissional no campo da saúde mental.

A compreensão dos tipos de casos que chegam à UBS (*complexos, graves e leves*) — o receio ao vínculo: *"então a gente precisa tomar cuidado: o quanto que você permite que a pessoa se abra com você"*; a suposta necessidade da(o) 'especialista(o)': "*como UBS, não temos como ser essa primeira porta. Nós não temos especialistas"*; bem como o apontamento do lugar 'certo' ou 'ideal' para as demandas por saúde mental: *"eu penso numa organização de rede que o Caps tinha que ser essa porta. É lá que eu tenho os trabalhadores que conseguem" —* permite tais inferências. (Entrevista, 2021).

Interessante notar que a referência aos níveis de "gravidade" dos casos (*complexos, graves* e *leves*), feita pelo grupo entrevistado, não foi apontada por profissionais tradicionalmente associadas(os) ao campo da saúde mental, como psiquiatras e psicólogas(os). Essa classificação do sofrimento humano, a partir do referencial da psiquiatria, demonstra a tendência de trabalhadoras (es) da saúde incorporarem determinados conhecimentos (nesse caso, o psiquiátrico), adotando-os como instrumento de leitura, compreensão e intervenção em seu meio social.

Essa espécie de "diagnóstico automático", que imediatamente atribui ou não uma gravidade à demanda por saúde mental, alinha-se à necessidade da psiquiatria clássica e da visão biomédica de classificar para entender e intervir. Como bem observa Amarante (2017, p. 91): "Esta relação com a doença — e não com as pessoas — fundou a clínica, que é fruto de uma relação 'objetualizada' em doença e sintoma". Distancia-se, assim, da direção proposta pela reforma, que aponta como balizador do cuidado o caminho da complexidade da experiência do sujeito em sofrimento.

Paulo Amarante (2017) indica que, dentre as quatro dimensões sugeridas para caracterizar o processo social complexo da reforma psiquiátrica, a teórica-conceitual ou epistemológica talvez seja a mais importante. Apesar de estar inter-relacionada com outras dimensões como a jurídico-política, a técnico-assistencial e a sociocultural, são notórios o impacto e o alcance desta dimensão na produção de 'verdades' que orientam posturas judiciais, discursos políticos e práticas profissionais. Nesse sentido, o autor propõe que

> Para as pessoas que atuam na área de saúde mental, assim como todos aqueles que trabalham no campo das ciências sociais e humanas (e não apenas estes), seria importante aprender a refletir sobre os conceitos e processos que definem o que é

> ciência, como se produz o conhecimento, como este se legitima; sobre os limites da ciência, sobre a noção de paradigma e de estruturas paradigmáticas, sobre as relações entre saber e poder, sobre as relações entre saber e hegemonia, dominação, economia, sobre as relações entre ciência e história. (Amarante, 2017, p. 89).

A ruptura epistemológica, levada a efeito pelo processo da reforma psiquiátrica, e a instituição de uma rede substitutiva com novas práticas assistenciais não têm se mostrado ainda suficientes para atender as demandas por saúde mental. O cenário *Manejos da loucura na prática*, tratado aqui, parece indicar que tanto os serviços quanto as (os) trabalhadoras (es) ainda sucumbem diante da herança do saber psiquiátrico.

Não apenas serviços e trabalhadoras (es), mas também as(os) próprias(os) usuárias(os):

> [...] Eu já tive pacientes que falaram: "eu vou no CAPS, mas a porta fica aberta! Se eles não seguram lá! Como é que eu vou ficar lá?" (risos) ela mesmo falava disso... ela falava: "a porta fica aberta e eu posso sair a hora que eu quiser. Eu só queria que eles me fechassem, que assim eu ia conseguir ficar lá". (Entrevista, 2021).

O relato, por um lado, resgata a noção pineliana de que enclausurar e isolar são sinônimos de cuidar. Por outro, reforça a necessidade de se disseminar a essência da luta antimanicomial, como um projeto de educação permanente, no qual a desinstitucionalização seja apresentada como um processo de desconstrução manicomial e que remeta à compreensão de que desinstitucionalizar não é tirar do hospital psiquiátrico ou manicômio e colocar no CAPS.

Assim, desinstitucionalizar ultrapassa a noção de desospitalizar. Trata-se de desfazer os estereótipos imputados pelo pseudossaber psiquiátrico sobre o "*louco*", reconhecendo-o como um sujeito, ainda que em sofrimento, porém, livre para se constituir outro ser singular, despojado das instituições que lhe foram impostas. Trata-se, então, não apenas de retirar o indivíduo de lugares, mas de retirar dos sujeitos os "lugares" que neles foram instituídos.

O último relato, ainda que proferido por usuárias(os), não destoa do entendimento, da percepção e do sentimento das trabalhadoras, ao se verem diante dos desafios, limites e dificuldades que estão presentes na oferta de cuidados em saúde mental:

> Então, eu acho que a gente já discute muito! E a gente já conhece muito bem o problema! A gente precisa saber efetivamente o que a gente faz. Pra onde que eu vou mandar? O que é que eu vou fazer! Esta questão da Reforma Psiquiátrica: retirar as pessoas dos hospitais (...) ótimo! Super justo! Mas onde colocaram as pessoas?" (Entrevista, 2021).

O questionamento presente neste relato tem sua pertinência, especialmente diante do primeiro cenário já abordado nessa discussão, que fala dos *Desafios da assistência em saúde mental*. Importa ressaltar, entretanto, que parece estar implícita no relato uma concepção de reforma psiquiátrica, cujo resultado seria a garantia de uma melhor assistência, configurada por um "lugar", ou lugares para os quais a *loucura* pudesse ser encaminhada.

Amarante (2017) assinala que esta tendência a uma concepção que restringe a amplitude do processo da reforma psiquiátrica — limitando-a à mera humanização das práticas ou à instituição de novos lugares para conter o sofrimento humano — pode estar ligada ao próprio uso do termo "reforma".

O referido termo já traria em si algumas implicações e não traduz a essência deste processo social complexo, denominado de reforma psiquiátrica: "de fato, o termo 'reforma' implica algumas limitações e favorece mal-entendidos, uma vez que, historicamente, tem sido associado à ideia de transformações superestruturais, superficiais, sem consistência ou profundas" (Amarante, 2017, p. 96).

Nesse sentido, como forma de lidar com este entendimento do que seria o processo de reforma, o autor aponta para a necessidade de

> [...] construir uma concepção de reforma psiquiátrica que transmita o sentido de superação da ideia de *aggiornamento*[35] e *metamorfose*. Isto é, que supere a noção de uma simples reforma administrativa ou técnica do modelo assistencial psiquiátrico [...]. (Amarante, 2017, p. 97).

Nessa perspectiva, o cenário *Manejos da loucura na prática* implica que conceitos como *desinstitucionalização*, *complexidade* e *clínica* precisam ser reapropriados na dimensão técnico-assistencial, no contexto da AB, como elementos próprios da essência do processo da reforma psiquiátrica. Assim, *desinstitucionalizar* implicará o resgate e produção de subjetividades e, nesse processo, o conceito de *complexidade* poderá permitir a reinvenção de novos espaços e possibilidades, de forma a resistir à sedução da *clínica* que naturaliza o sofrimento humano em casos leves, complexos ou graves.

Entende-se que os elementos presentes nas compreensões das trabalhadoras quanto às práticas apontam para desafios ainda a serem superados. Dizem respeito a uma atuação técnica que se mostra, por um lado, incerta ou mesmo desarticulada de fundamentação teórica e, por outro, atravessada por heranças históricas e culturais sobre o saber psiquiátrico e o fenômeno da *loucura.*

Embora haja em determinados momentos uma postura sensível que permite compreender e acolher certas demandas, validando-as como sofrimento emocional, tal postura é suplantada pela angústia, pela insegurança e pelo medo, não apenas devido à falta de recursos, mas, sobretudo, pela sensação de não estar "fazendo certo", pelo medo de "não saber" (Scarcelli, 2017, p. 168): "*A gente não sabe se está fazendo certo.*" (Entrevista, 2021).

---

[35] O termo italiano, que significa atualização, foi utilizado por Castel (1978) para se referir a transformações aparentes, no contexto da reforma psiquiátrica, produzidas por certos movimentos de reforma — como a psiquiatria social nos EUA. O termo indica uma mudança que na verdade não altera a essência do funcionamento manicomial, mas se legitima a partir de novos discursos e intervenções supostamente revolucionários.

A tensão que resulta desse conflito implica uma prática que segue duas direções: a primeira impõe um fazer "clínico", no qual a pessoa com demandas por saúde mental é vista como uma portadora de "casos leves e graves", da qual ainda se requer o seu "querer" para melhora do quadro clínico: "*O querer da pessoa também é importante. Porque igual eu falei: muitos iam alguns dias e não iam mais, entendeu?*" (Entrevista, 2021).

Demandas por saúde mental, outrora acolhidas e validadas, acabam sendo manejadas pelo referencial do saber psiquiátrico. Pessoas em sofrimento, em lugar de compreendidas e implicadas em seu processo de saúde-doença, passam a ser responsabilizadas por eles. Concorda-se com Amarante (2017) que esta clínica, de cunho essencialmente psiquiátrico e ainda focada na doença, produz posturas e práticas que prejudicam a oferta de um cuidado que deveria ser orientado por uma relação transversal entre técnica(o) e usuária(o).

A segunda direção, intimamente atrelada à primeira, indica a suposta necessidade de um(a) trabalhador(a) que "saiba como fazer". Aqui, determinadas(os) profissionais seriam as(os) "mais indicadas(os)" para lidar com as demandas por saúde mental. Determinados lugares seriam os "mais adequados" para acolherem:

> [...] a gente, como UBS, não temos como ser essa primeira porta. Nós não temos especialistas (...) por isso que o CAPS, numa organização de rede, CAPS tinha que ser essa porta. É lá que eu tenho os profissionais que conseguem; que estão qualificados para escutar." (Entrevista, 2021).

As direções dessa prática profissional em saúde mental na AB, no distrito do Jardim Ângela, corroboram o que a literatura tem vastamente indicado quanto à necessidade de formação profissional.

Entretanto, vale lembrar as interrogações formuladas por Amarante (2017, p. 88, grifos nossos): "*quem* estamos pretendendo formar? *Para que* pretendemos formar? *Para quem* estamos formando? *Qual* o objetivo da nossa formação? *O que* pretendemos mudar ou introduzir a partir de nossa formação?"

Nesse sentido, compreende-se que profissionais *psis*, em especial psiquiatras, ocupem os espaços de matriciamento não para ensinarem a fazer, mas para comporem compreensões e possibilidades fomentadas pela interdisciplinaridade. Deste modo, vale questionar o lugar da especialidade, ao discutir a formação em saúde mental, e introduzir a noção de sensibilidade, como se pretende fazer ao final deste trabalho.

7.3 Limites na oferta do cuidado

A categoria foi composta por 220 unidades de registro, sendo 1 UR na US *Medicação como último recurso*, 74 UR na US *Insegurança no manejo*, 14 UR na US *Identificação de necessidades*, 126 UR na US *Empecilhos no cuidado*, 2 UR na US *Transferência de cuidado* e 3 UR na US *Atendimento possível*. Esta categoria, que representa mais um cenário identificado, pode ser percebida a partir das seguintes falas:

> "[...] esses 2 extremos a gente tem a dificuldade de manejar [...]". "[...] a gente não consegue manejar bem esses pacientes [...]". "[...] muitas vezes a gente não sabe se a gente está fazendo certo. Porque a gente não tem preparo para isso né?". "Acho que nem sempre o trabalhador está apto a poder também avaliar essa questão do que é emergência, do que não é uma emergência, do que é o hospital [...]". "[...] então, assim, às vezes o trabalhador tá ali fazendo o acolhimento, digo, às vezes o ACS, o técnico não tá com essa qualificação, para poder identificar agora esse paciente: nesse momento é para o hospital, agora é pra CAPS; pra dar seguimento na UBS. Às vezes a gente se angustia". "Esse outro paciente que acabou falecendo; paciente muito grave de saúde mental mesmo e ele; quando ele estava um pouco mais controlado, que ele ia pro CAPS e a mãe tinha que acompanhá-lo, ela tinha que ficar lá o tempo todo com ele também. Ela falava: 'como que eu vivo? Como que eu trabalho? Então, eu prefiro deixar ele preso dentro de casa, dou o remédio dele, deixo ele preso dentro de casa e vou trabalhar e ponho comida dentro de casa, do que ficar com ele lá o dia todo, porque eu não tenho condição de ficar com ele o dia todo'". "[...] essa paciente; a gente vai trazendo as orientações, mas é uma paciente (...) 'não, eu tenho que trabalhar! Eu não vou ter tempo de trazer. Ah, se colocar em grupo eu também não tenho condição de acompanhar. Eu preciso trabalhar!' Então pra gente, enquanto equipe, é muito angustiante mesmo alguns casos". "[...] percebo uma fragilidade muito grande nele; ele não consegue conduzir sozinho nesse início o acompanhamento dele; ele não ouve o que você fala; ele não segue o que você orienta [...]. Então, é uma fragilidade grande que a gente percebe nesses profissionais [...]". "[...] a gente fica com a angústia do paciente. É sensação de impotência mesmo circulando na rede. Impotência! É assim que a gente se sente: angustiado!". (Entrevista, 2021, grifos nossos)

Este cenário *Limites na oferta do cuidado* remete às dificuldades das práticas das trabalhadoras, as quais parecem ser desdobramentos daquelas apontadas no cenário anterior. Ou seja, o "olhar clínico", centrado nas complexidades dos casos, é um fator que traria como implicação angústias, sentimento de inaptidão: *"muitas vezes a gente não sabe se a gente está fazendo certo. Porque a gente não tem preparo para isso né?"* (Entrevista, 2021), e consequente insegurança na condução das demandas por saúde mental.

Outro fator que aparece nos relatos, indicando esse limite na prática das trabalhadoras, tem relação com o contexto das vulnerabilidades psicossociais das(os) usuárias(os). Nesse sentido, o manejo dos casos seria prejudicado não apenas pela constatação dos "quadros clínicos", mas também pela condição socioeconômica, marcada pela ausência de suporte familiar, trabalho precário ou pela desempregabilidade: *"Ela falava: 'como que eu vivo? Como*

que eu trabalho? Então, eu prefiro deixar ele preso dentro de casa, dou o remédio dele, deixo ele preso dentro de casa e vou trabalhar e ponho comida dentro de casa.'" (Entrevista, 2021).

Importa observar que as temáticas mais recorrentes nesse cenário foram *empecilhos no cuidado* e *insegurança no manejo*. Vale destacar aqui a íntima relação entre os temas e ao mesmo tempo a aparente contradição entre eles, na medida em que a insegurança não é apenas resultado dos empecilhos referidos pelas trabalhadoras (pobreza, vulnerabilidades familiares, desemprego), mas é também consequência do "olhar clínico" que se tem sobre as demandas por saúde mental.

Aqui, a insegurança não é devida ao medo da *loucura*, mas do "saber" sobre ela; do "conhecimento" que se tem sobre ela (casos leves, casos graves). Consequentemente, instala-se na prática das trabalhadoras a sensação de inabilidade para lidar com os casos e o medo de não estar fazendo "certo"; o que determina a transferência do cuidado à(ao) "especialista" e, não raro, a destinação da(o) usuária(o) a um limbo na rede.

Vale a pena uma vez mais retomar a proposição de Scarcelli (2017), a fim de se indagar, a partir dos âmbitos (teórico-conceitual, político-jurídico, social-cultural e técnico-assistencial), quais ambiguidades e contradições aparecem neles e se revelam na prática da trabalhadora discutida aqui.

Importa lembrar que o limite na prática aqui apontado se configura e persiste, apesar de todas as diretrizes e orientações baseadas nos princípios da luta antimanicomial, e de uma rede substitutiva implantada no território. Nesse sentido, observa Scarcelli (2017) que

> [...] formas de contraposição aos saberes e práticas da psiquiatria tradicional não deixam de carregar ambiguidades e contradições que se expressam em diferentes âmbitos. O trabalho desses trabalhadores requer que enfrentem desafios de desvendar brechas através das quais os processos manicomiais continuam a se insinuar, mesmo sob as vestes de novos discursos e prática. (Scarcelli, 2017, p. 213).

É possível notar que, mesmo com a apropriação de princípios que orientaram movimentos como o da Luta Antimanicomial, a oferta do cuidado às demandas por saúde mental aparece atravessada por heranças da velha psiquiatria. No âmbito técnico-assistencial, persiste a compreensão sobre o indivíduo em sofrimento mental pelo viés da "classificação diagnóstica", traduzida na rotina assistencial cotidiana por casos leves e casos graves.

A "naturalidade" pela qual esse processo se dá no dia a dia da assistência permite indagar sobre as "brechas" que parecem existir nesse contexto (Scarcelli, 2017). A manutenção da psiquiatria, ou qualquer outro saber "especializado" ainda no lugar central de cuidado, pode ser indicativo de certo receio em questionar figuras de poder, historicamente reconhecidas como

“verdades”. A insegurança verbalizada pelas trabalhadoras, diante das demandas de saúde mental, parece ser consequência dessa “brecha” ou lacuna.

Outro fator a se considerar, diz respeito às vulnerabilidades sociais das(os) usuárias(os), que aparecem às trabalhadoras como obstáculos à oferta do cuidado. A urgência diante da necessidade de obter renda impõe uma tensão e difícil decisão aos familiares, para quem, sobreviver financeiramente, supera a tarefa de auxiliar adequadamente seus entes queridos. “[...] *Então, eu prefiro deixar ele preso dentro de casa, dou o remédio dele, deixo ele preso dentro de casa e vou trabalhar e ponho comida dentro de casa[...]”.* (Entrevista, 2021).

Nesse ponto, foi interessante observar, em alguns momentos da entrevista para esta pesquisa, como as trabalhadoras evidenciaram certo tipo de identificação com as(os) usuárias(os), ao relatarem o cenário de suas vulnerabilidades. Embora estivessem falando sobre as(os) usuárias(os), as falas terminam fazendo referências às próprias trabalhadoras.

> “[...] percebo uma fragilidade muito grande nele; ele não consegue conduzir sozinho nesse início o acompanhamento dele; ele não ouve o que você fala; ele não segue o que você orienta [...]. Então, é uma fragilidade grande que a gente percebe nesses profissionais [...]”. “[...] a gente fica com a angústia do paciente. É sensação de impotência mesmo circulando na rede. Impotência! É assim que a gente se sente: angustiado!” (Entrevista, 2021).

Ao verificar as dificuldades e inseguranças no manejo de demandas por saúde mental que se manifestam nos processos de identificação, indaga-se se angústia das(os) usuárias(os) repercutem nas trabalhadoras, não apenas pela constatação dos quadros “psiquiátricos” nos usuários, mas também devido ao receio de serem expostas a um cenário de desempregabilidade e consequentes vulnerabilidades econômicas semelhantes às que os usuários vivenciam.

Vale aqui lembrar que a proposta inicial desta pesquisa consistia em estabelecer como critério para participação na entrevista apenas trabalhadoras(es) que tivessem no mínimo 2 anos de serviço na UBS. Como já descrito anteriormente, de todas(os) as(os) trabalhadoras(es) da Equipe Multi contactadas(os), apenas uma atendia ao critério; o que exigiu uma mudança, a fim de se conseguir a amostragem necessária à composição do Grupo Focal.

Disso se depreende que o cuidado às demandas por saúde mental na atenção básica é marcado por incertezas e inseguranças também relacionadas à fragilidade dos atuais vínculos trabalhistas (Scarcelli, 2017). Instaura-se nas trabalhadoras a angústia diante da expectativa de se verem excluídas do mercado de trabalho e economicamente desamparadas, tal qual as(os) usuárias(os), com suas vulnerabilidades e “transtornos”, os quais se esforçam para ofertar cuidado.

Nesse contexto, Scarcelli (2011) observa que os efeitos atuais do capitalismo, oriundos de ideais neoliberais, têm resultado na “produção de uma subjetividade”, em que as pessoas se

veem amedrontadas e angustiadas, diante da expectativa de serem excluídas. “Nessa nova fase do capitalismo, o que parece emergir como fundamental é a angústia, é o medo diante de uma desagregação do liame social” (Scarcelli, 2011, p. 45).

Nessa perspectiva, é possível compreender que o cenário aqui em discussão, *Limites na oferta do cuidado*, remete não só à constatação das trabalhadoras quanto às vulnerabilidades socioeconômicas das(os) usuárias(os), mas também à expectativa permanente de se encontrarem tão vulneráveis quanto as pessoas a quem atendem, em razão das incertezas que caracterizam os atuais vínculos trabalhistas.

Nessa mesma lógica, atuar enquanto trabalhadora e contrapondo o saber médico hegemônico que ainda domina as práticas nesse contexto pode significar um risco ao emprego e à estabilidade. Resta um fazer capturado pelo olhar clínico/diagnóstico e marcado por inseguranças, medos e angústias.

7.4 Impactos institucionais no cotidiano do trabalho

Consideramos, para a construção dessa categoria, a ocorrência de 103 unidades de registro, as quais estão presentes em 3 unidades de significação, sendo 3 UR na US *Impacto da política*, 43 UR na US *Impacto da gestão* e 57 UR na US *Impacto cultural*. Os trechos a seguir buscam representar o que as trabalhadoras expressaram, sendo possível, a partir de tais falas, inferir que se tratava de mais um cenário apontado pelas trabalhadoras.

> “[...] o formato mudou novamente. A equipe NASF, agora Equipe Multidisciplinar, tem ficado dividida”. “[...] serviço social ainda está sendo dividido em outra UBS dificultando bastante esse contato maior com o paciente”. “[...] às vezes a gente já acaba sendo barrado também em algumas outras ações, como oferecer serviços de apoio de faculdades, por exemplo. Então é assim. A gente não pode dar outra alternativa. A gente não tem outra alternativa. E é horrível isso pro trabalhador. A gente tem esses dois profissionais que vêm atuando, dando suporte também pra Equipe Multi, embora a gente tenha pouquíssimo acesso às duas. Porque o sistema te impede, a rede te bloqueia, e aí você começa a tentar encontrar caminhos”. “[...] temos muita informação, mas junto com isso, tem uma carga das redes sociais que (...) nas redes sociais o mundo é lindo (...) as pessoas são bonitas e perfeitas (...) elas são ótimas e maravilhosas e viajam, tem dinheiro. Não é a realidade da vida das pessoas. Só que um adolescente, uma criança vê isso (...) na cabecinha dela (...) porque eu não sou assim (...) não tenho isso? Então ela começa a sentir inferiorizada”. “[...] a própria pessoa começa a falar: ‘nossa (...) se todo mundo está falando, eu acho que eu preciso (...) eu achava que não precisava, mas agora eu acho que eu preciso.’ A pessoa mesmo começa a se cobrar (...) a gente vai gerando uma demanda social grande também (...) que é um status (...) porque eu faço tratamento disso, porque eu faço tratamento daquilo (...) eu tenho aparelho no dente (...) preciso tirar o aparelho do dente (...) ter aparelho e fazer terapia (...) isso é estranho (risos e comentários ininteligíveis) (...) faz parte daquele pacote do status da pessoa”. (Entrevista, 2021).

Os impactos institucionais identificados pelas falas das trabalhadoras, que se dariam por meio da gestão, da política e da cultura, aparecem na pesquisa como elementos que fragilizam ainda mais o cuidado, que já é precário. As interferências institucionais se dariam desde as alterações em diretrizes e programas, formas de organização territorial e de agendas, até a produção de demandas pela sociedade, a partir de tendências que ditam comportamentos.

Este cenário *Impactos institucionais no cotidiano do trabalho*, abordado pelas trabalhadoras, evidencia a multiplicidade de atravessamentos que marcam o campo da Saúde Mental e são denominados de dimensões por Amarante (2013). A dimensão jurídico-política aparece neste cenário indicando a profunda implicação, especialmente da política, para a promoção de saúde mental: *"o formato mudou novamente. A equipe NASF, agora Equipe Multidisciplinar, tem ficado dividida"* (Entrevista, 2021).

As mudanças nas políticas de saúde mental, impostas pelos governos Temer e Bolsonaro após o Golpe institucional de 2016, já abordadas anteriormente, têm repercutido diretamente tanto na disponibilidade dos recursos quanto nas formas de organização da assistência em saúde mental, como revelam esses relatos:

> "[...] estamos numa fase de implementação de uma agenda, Siga Saúde, muita coisa entrando diretamente de demanda espontânea, não só mais via matriciamento, como a gente estava fazendo". "Então, essa agenda traz um pouquinho dessa preocupação. A gente ainda divide alguns profissionais, os poucos que a gente tem a gente divide com outras UBS. Fica impraticável, impraticável. (Entrevista, 2021).

Como observa Amarante (2013), as dimensões jurídico-política e técnico-assistencial aparecem aqui entrelaçadas, sendo que esta última sofre os efeitos da primeira, resultando não apenas em precarização da assistência, mas também em desgaste emocional e estresse da trabalhadora: "*nós há anos temos carência de psiquiatra, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais (...) muito pouco, gente, é impraticável"* (Entrevista, 2021).

Outro importante impacto institucional que se observa neste cenário diz respeito às influências da própria dinâmica social. São crenças e comportamentos que a sociedade internaliza como bons ou ruins, adequados ou inadequados e acabam chegando para as trabalhadoras como demandas por saúde mental.: *"[...] então, acho que se banalizou um pouco também o que é normal (...) o que é anormal, e essa demanda vem chegando pra gente como demandas psicológicas, e a gente vai impondo isso também"* (Entrevista, 2021).

Ao abordar a dimensão sociocultural, Amarante (2013) destaca o papel fundamental da sociedade, especialmente por meio dos movimentos sociais, na construção de olhares antimanicomiais no campo da Saúde Mental. No cenário aqui em discussão, entretanto, observa-se como a mesma sociedade pode também produzir modos de ser e agir, que são

culturalmente legitimados e traduzidos como necessidades que exigem uma resposta dos serviços assistenciais.

Incapazes de responderem, diante da escassez de recursos, as trabalhadoras se esforçam para ofertar cuidados fora do serviço público, como os atendimentos ofertados por universidades, mas sentem-se impedidas pela gestão local: *"[...] às vezes a gente já acaba sendo barrado também em algumas outras ações, como oferecer serviços de apoio de faculdades, por exemplo. Então é assim. A gente não pode dar outra alternativa. A gente não tem outra alternativa"* (Entrevista, 2021).

É possível entender que esse movimento de buscar recursos, uma vez que os oferecidos pelo Estado não são suficientes, diz da tendência, por parte de trabalhadoras (es), de assumirem o "lugar de provedor", se mobilizando no sentido de apresentarem respostas à ausência do Estado. Entretanto, ao fazê-lo, acabam reforçando "o caráter crescente de desresponsabilização do Estado" (Scarcelli, 2017, p. 216).

Impactos institucionais dessa natureza puderam ser observados diante da omissão e desresponsabilização do governo de Bolsonaro no período mais crítico da pandemia da Covid-19. Em seu terceiro ano de governo e segundo na gestão da pandemia da Covid-19, o Brasil contemplou, perplexo, porém não surpreso, a indiferença, o descaso e o desprezo de Jair Bolsonaro pelas centenas de milhares de mortos pela Covid-19. Enquanto o país ainda chorava e sepultava seus mortos, Bolsonaro seguia menosprezando os esforços para combater o vírus, atacando a adoção de medidas sanitárias e influenciando seus seguidores a resistirem à vacina.

A saúde de forma geral, e em particular a saúde mental, tem sido alvo das políticas de Jair Bolsonaro, mesmo antes da pandemia. A política que se esforça para entregar o país ao império do poder econômico; que não se constrange ao atacar o sistema de seguridade social, enterrando em uma miséria mais profunda os já miseráveis. É a política que busca a perpetuação do acúmulo econômico, ainda que seja ao custo de vidas perdidas e da precarização da saúde.

7.5 Potencialidades de cuidado na prática assistencial

A construção dessa categoria se deu a partir de apenas 13 UR, presentes em 2 US, sendo 7 UR na US *Cuidado e empatia* e 6 UR na US *Trabalho Interdisciplinar*. Importa reforçar que esta categoria abarca fatores que as trabalhadoras entendem como sendo as possibilidades e facilidades no cotidiano da assistência em saúde mental na AB. Vale observar, entretanto, que essa categoria representa somente 0,96% do conteúdo analisado na pesquisa. Abaixo são transcritas as falas que remetem ao cenário *Potencialidades de cuidado na prática assistencial.*

> "Sobre o usuário com demanda de saúde mental (...) primeiramente eu penso empatia (...) a primeira coisa que me vem à cabeça (...) empatia com o outro, oferta de cuidado, acho que são as palavras-chave (...) empatia, cuidado é o que a gente hoje consegue pensar desses pacientes mais crônicos". "[...] é fundamental o papel dos ACS. Eles contribuem muito no dia a dia conosco, nos trazendo casos, realizando a discussão com a equipe. Então, assim (...) é fundamental o trabalho deles". "[...] então o serviço social tem feito aí um trabalho compartilhado com a psicologia e tentando direcionar pra psicologia, tentando filtrar um pouco mais do que vai para psicologia na agenda". (Entrevista, 2021).

Dentre os cenários identificados, observa-se que todos os discutidos até o momento apontam para contradições, desafios, limites e dificuldades na assistência em saúde mental na AB. O presente cenário, por outro lado, fala das possibilidades de cuidado em saúde mental no contexto da AB, e é entendida neste trabalho, portanto, como os recursos a partir dos quais seria possível potencializar o cuidado no contexto da AB.

A referida potencialidade, entretanto, se restringe a apenas duas temáticas: *Cuidado e empatia* e *Trabalho Interdisciplinar*. Vale observar que, no roteiro para Grupo Focal (Apêndice A), havia uma questão, especificamente, a partir da qual o grupo poderia falar sobre as potencialidades do trabalho. Os temas trazidos neste cenário pelas trabalhadoras, porém, não se deram no contexto da referida pergunta, mas em meio às falas em que apontavam para contradições, desafios, limites e dificuldades na prática assistencial.

Dessa forma, cuidado e empatia e trabalho interdisciplinar aparecem não como recursos dos quais dispõem, mas como características desejáveis e necessárias para que a trabalhadora atue em meio a tantas carências. A fala sobre o trabalho interdisciplinar, por exemplo — *"então o serviço social tem feito aí um trabalho compartilhado com a psicologia"* (Entrevista, 2021) —, ocorre em um contexto em que a trabalhadora atua em mais de uma UBS.

Dentro do trabalho interdisciplinar, vale destacar a menção à atuação do ACS (Agente Comunitário de Saúde), a qual parece ser a única exceção, enquanto recurso que, de fato, é reconhecido pelas trabalhadoras. Apesar disso, esta categoria profissional, cujo papel aparece como muito importante — *"é fundamental o papel dos ACS. Eles contribuem muito no dia a*

dia conosco" (Entrevista, 2021) —, se mostra amedrontada no cotidiano da atenção aos usuários de saúde mental.

Assim, em meio à escassez de recursos para atender às demandas por saúde mental, as potencialidades, apontadas pelas trabalhadoras, surgem enfraquecidas. O desejo de ofertar cuidado e empatia cede ao medo de se vincular com a(o) usuária(o): "*Eu falo que o problema é que depois que a gente ouve e você abriu a porta, você começou a fazer parte do problema junto com a pessoa"* (Entrevista, 2021). A força da interdisciplinaridade é subjugada, ora pelo volume das demandas, ora por impedimentos da gestão, ora pela insuficiência ou mesmo ausência de profissionais.

Importa frisar que a perspectiva quantitativa deste cenário *Potencialidades de cuidado na prática assistencial* — menos de 1% em relação aos conteúdos analisados —, para além da óbvia desproporcionalidade em relação às outras compreensões já discutidas, parece indicar também um importante fator qualitativo. Aparece, assim, mais como que denunciando as precariedades do que se anunciando enquanto recurso.

Essa perspectiva pode ser entendida também a partir da atual agenda do Ministério da Saúde para as políticas em saúde mental. Retrocessos marcaram o campo da Saúde Mental, em especial os retrocessos nas políticas públicas, identificados desde 2015 até o momento. Especialmente após o Golpe institucional de 2016, as ações dos governos Temer e Bolsonaro sinalizam na direção de uma saúde mental enquanto mercadoria, em detrimento de princípios como cuidado em liberdade e resgate da cidadania.

Neste contexto marcado por insuficiência de recursos, faz sentido a angústia que se manifesta ligada à atuação das trabalhadoras, ora identificada no desamparo imputado pela precarização das relações trabalhistas; ora observada na insegurança do não saber; ora configurada pela impotência em atuar ofertando um cuidado que a atual proposta de saúde mental exige, mas as precariedades das políticas públicas não permitem.

Diante de tais questões, é pertinente lembrar a provocação proposta por Scarcelli (2017), pela qual, faz indagações quanto à natureza das políticas públicas:

> O que podemos entender por elas? Será que os sentidos atribuídos a essa expressão por sujeitos e grupos que ocupam diferentes lugares na estrutura social são equivalentes? Será que 'políticas públicas' não se tornou um jargão como tantos outros, por exemplo, exclusão e inclusão social, democracia, responsabilidade social, compromisso social? (Scarcelli, 2017, p. 38).

Entendendo que o termo 'política' já traz em sua estrutura etimológica o sentido de público, a autora ainda questiona: "como explicar a combinação de público com política?" Considerando que o Estado é o principal agente fomentador das políticas públicas, ela conclui:

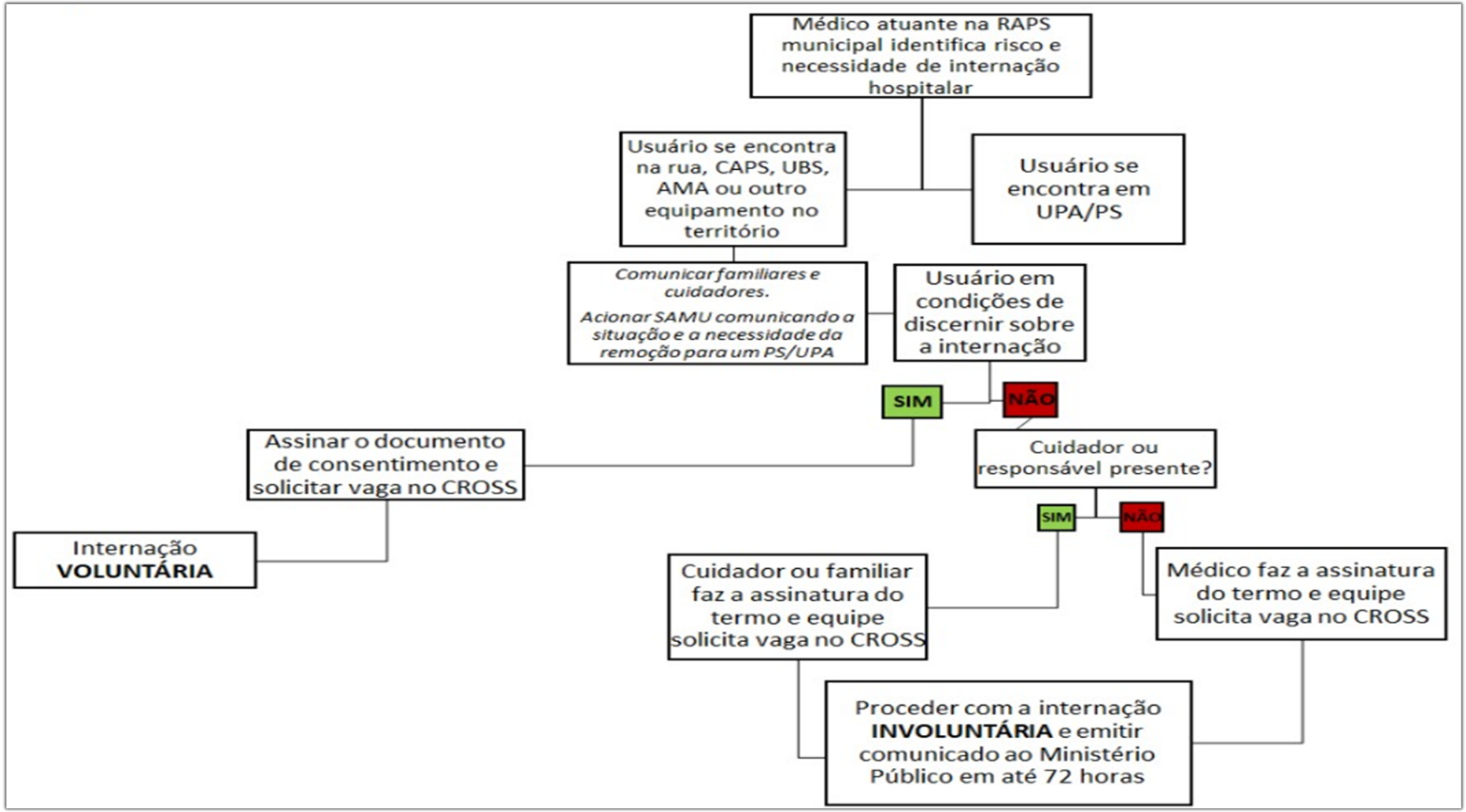
"é possível dizer que as chamadas políticas públicas jogam um papel essencial no sentido da manutenção e reprodução do status quo" (Scarcelli, 2017, p. 38-39).

Esta perspectiva perpassa o desenvolvimento do presente trabalho, pois entendemos que as atuais políticas de saúde mental, embora se apresentem como propostas de cuidado, e em cujos programas e diretrizes está pressuposta a inclusão, tratam-se, na prática, de projetos ideológicos que podem ser reforçadores de processos excludentes. Tais políticas têm atendido aos interesses de uma minoria, financeiramente abastada, e acabam por perpetuar a lógica de miserabilidade, que, no discurso, diz se combater.

Para ilustrar tal ideia, apresenta-se na figura abaixo um fluxograma da mais recente proposta de política, no contexto de saúde mental, álcool e outras drogas. Trata-se de uma proposta de intervenção apresentada pelo governo do município de São Paulo, sob a retórica de que se pretende oferecer "tratamento e dignidade" à(ao) dependente químico, com foco na população da cracolândia[36], utilizando-se de internação involuntária. O fluxograma foi recebido em grupo de trabalho, via WhatsApp, no momento em que este texto é escrito, com a orientação de que fosse encaminhado à RAPS do território.

[36]"Cracolândia" é um termo largamente utilizado para se referir a uma população que vive em situação de extrema vulnerabilidade na Praça Princesa Isabel, região central do município de São Paulo. Embora também seja utilizado pelos próprios frequentadores, o termo é carregado de estigmas e preconceitos, especialmente por desconsiderar que as desigualdades são produzidas por diversos determinantes sociais. A degradante situação dessa população contrasta com o suntuoso prédio da Sala São Paulo, há poucos metros da Praça, numa simbólica denúncia da ausência e indiferença do Estado. Enquanto este trabalho é escrito, a Prefeitura exibe uma praça "limpa", em decorrência dessa referida ação, sem problematizar o fato de que apenas dispersou essa população, que agora se encontra em grupos menores, espalhados por diversos pontos pela região.

Figura 7.1 – Fluxograma da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo-SP para internação compulsória



Fonte: O autor[37]

[37] Interessante registrar um comentário feito por outra pessoa de outro grupo, por onde a imagem transitou, expressando sua indignação: "No fluxograma da Rede de Atenção Psicossocial do município de São Paulo, o usuário possui duas opções, ou ele tem discernimento e *pode ir internado* ou ele não tem e *pode ir internado*".

Conforme se pode notar, o fluxo deixa definido que a internação deveria ocorrer, independente de avaliações. As figuras previstas no fluxo, como a(o) médica(o), a(o) usuária(o), familiares ou cuidador(a)/responsável tinham um papel restrito a apenas fazer a internação acontecer.

Convém lembrar que a adoção dessa política municipal específica se fundamenta na Lei nº 13.840/2019 (Brasil, 2019d), sancionada pelo governo de Jair Bolsonaro. A referida lei revoga lei anterior sobre Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas (SISNAD) e autoriza a internação involuntária para dependentes químicos, além de enfraquecer a estratégia do cuidado pautado na redução de danos e alargar o estigma sobre a(o) dependente químico.

Esse exemplo, entre tantos, corrobora a perspectiva defendida por Scarcelli (2017), quanto ao papel de determinadas políticas públicas. Vale apontar, ainda, que a política referida acima, posta em prática pelo governo municipal, restringiu-se à mera hospitalização e posterior encaminhamento da(os) dependentes para comunidades terapêuticas, sem quaisquer medidas que objetivassem trabalho, moradia ou renda após o "tratamento".

Esse tipo de política pública também é revelador do modo de funcionamento de um Estado que opera sob a lógica neoliberal. Nesse Estado, a miserabilidade social se torna palco de oportunidades para propostas políticas recheadas de discursos que prometem a inclusão por uma via, e entregam a exclusão pela mesma via, em um processo de exclusão, a partir de pseudoinclusões (Scarcelli, 2011).

Nesse sentido, concorda-se com Scarcelli (2011, p. 51, grifos nossos), quando ela observa que processos de exclusão como esse "são inerentes e constitutivos de sociedades capitalistas, pois *exclusão*[38] apresenta-se como um *modo de vida* nessas sociedades". Ao refletir sobre essa dialética inclusão/exclusão no âmbito das políticas públicas, a autora ainda adverte: "vale ressaltar que muitas vezes os discursos e proposições de práticas inclusivas podem resultar exatamente no seu oposto, que é a prática excludente" (Scarcelli, 2011, p. 33).

Convém aqui lembrar que, dos cenários identificados, *Desafios da assistência em saúde mental* reúne quase a metade (607 UR ou 44,76%) dos dados analisados, e refere-se a temáticas que apontam para as precariedades no contexto da saúde mental na AB no Jardim Ângela. Compreendemos que tais precariedades sejam decorrentes deste modo de inclusão marginal de

[38] No contexto dessa reflexão feita por Ianni Scarcelli, a autora desenvolve seu pensamento sobre o termo exclusão demonstrando que o uso impreciso ou acrítico do termo acaba por atrair o oportunismo de "políticas que apresentam falsas soluções travestidas num discurso de inclusão". A autora entende que é a partir do discurso da inclusão que são produzidos novos modos de exclusão, exatamente com os mesmos recursos pelos quais se pretendia combatê-la. Assim, para a autora, "o grande problema não está na exclusão social, mas no modo de inclusão degradante que ela gera" (Scarcelli, 2011, p. 39 e 41).

certas políticas públicas e, no contexto deste trabalho, aparece na insuficiência de recursos para saúde mental.

Nessa direção, vale relembrar o que já se apontou neste trabalho sobre a desproporção entre o quantitativo de profissionais (assistentes sociais, educadoras físicas, terapeutas ocupacionais, psiquiatras e psicólogas) voltadas ao cuidado na lógica psicossocial na AB no Jardim Ângela e a dimensão populacional deste território. Conforme a tabela 5.1, num universo de 1041 profissionais da AB, apenas 26 atuam na atenção em saúde mental. Das 18 UBS, 10 possuem trabalhadoras que precisam assistir a mais de uma unidade, e oito não contam com quaisquer desses profissionais.

Ao refletir sobre as políticas e práticas no contexto da atenção em saúde mental na AB no Jardim Ângela, foi possível indicar possibilidades de entendimento sobre a forma como as trabalhadoras lidam com os usuários com demandas por saúde mental, bem como conhecer os desafios que perpassam suas práticas.

Sentimentos de desamparo, medo e angústia são cotidianamente experimentados, ora vivenciados pela ausência ou insuficiência de recursos, ora reforçados pela insegurança no manejo das demandas, ora intensificados pelos impactos na assistência, oriundos das contradições entre o que as políticas propõem e o que os serviços de fato realizam.

Fazer esse caminho a partir de compreensões expressadas pelas trabalhadoras foi importante para a identificação de cenários configurados nesse contexto e evidenciados no cotidiano de suas práticas. Esses cenários deixam explícitas as ambiguidades e contradições que se encontram em políticas cujos programas não levam em conta “as necessidades dos sujeitos para as quais foram concebidos, sejam eles trabalhadores, sejam usuários dos serviços oferecidos” (Scarcelli, 2017, p. 233).

Entendemos que um dos elementos que compõe esses cenários é a própria classe trabalhadora. A política de adoção de Parceiros e OSs na gestão e execução da saúde no município de São Paulo, por um lado, parece favorecer a inclusão de pessoas no mundo do trabalho, ao promover a empregabilidade. Por outro lado, a relação de trabalho se mostra precarizada, na medida em que a manutenção do emprego exige o silêncio e consentimento, diante de posturas de gestão e práticas profissionais com as quais não concordam.

Nesses cenários, também observamos que o sofrimento da trabalhadora liga-se à fragilidade de uma RAPS que é impactada pelas limitações, incoerências e vieses ideológicos de políticas que são pensadas e implantadas ainda sucumbindo aos apelos de setores corporativos que veem na *loucura* a oportunidade de acúmulo de capital.

Neste contexto, predomina ainda uma concepção baseada no saber psiquiátrico que é balizadora de uma prática na AB, cuja consequência imediata é o olhar essencialmente clínico/diagnóstico, em detrimento da atuação centrada no sujeito e na compreensão de suas expressões de sofrimento. Como resultado dessa prática, identifica-se a insegurança na condução das demandas de pessoas vulneráveis, com a consequente busca por saberes especializados.

Como desdobramento, a oferta do cuidado é também marcada por angústias devido à possível identificação das trabalhadoras com as vulnerabilidades que caracterizam as(os) usuárias(os). Atuar em uma RAPS cuja marca é a escassez pela falta de profissionais, e diante de demandas tão "complexas", significa estar sob a ameaça iminente de desemprego e exposta a vulnerabilidades sociais e econômicas, semelhantes às das(os) usuárias(os).

Outro fator importante no contexto destas práticas diz respeito aos impactos institucionais que se dão nas esferas da gestão, da cultura, além da política, percebidos pelas trabalhadoras. Medidas de gestão como redefinições de agendas e realocação de profissionais são percebidas como obstáculos para oferta de cuidado que já é limitada.

Nestes cenários com limitações, desafios e dificuldades, a disposição para cuidar, a atitude empática, bem como o trabalho interdisciplinar, aparecem como possíveis recursos para a atenção em saúde mental na AB. Entretanto, diante da fragilidade da RAPS, do volume e da complexidade das demandas e do consequente esgotamento físico e emocional da trabalhadora, tais recursos permanecem apenas na dimensão da possibilidade.

Sintomaticamente, mesmo elementos que poderiam ser identificados como recursos acabam sendo fragilizados em decorrência do cenário de precariedades. O fenômeno da *loucura*, historicamente incompreendido, continua se reproduzindo nas propostas de políticas ineficazes, se expressando nos processos de gestão, atravessando a atuação da trabalhadora e impactando a assistência em saúde mental na AB.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os processos sociais, desencadeados pelos movimentos pela reforma psiquiátrica, permitiram a inscrição do sujeito em sofrimento em um território de possibilidades, no qual é possível pensar a construção de novos lugares, novos modos de existir e de expressão de subjetividades. Entretanto, a complexidade desses processos sociais — que pode ser mais compreendida a partir de vários âmbitos/dimensões institucionais —, instala nesse território de possibilidades uma dinâmica que, apesar de não anular suas potências, o transforma em um lugar de embates e palco de interesses ideológicos diversos.

Nesse sentido, as referidas potências desse território onde o sujeito em sofrimento está inscrito, assim como a efetividade da assistência a ele pretendida, são atravessadas tanto pela subjetividade das trabalhadoras quanto pela intencionalidade das políticas públicas, que sempre são pensadas a partir de projetos políticos e ideologias que orientam planos de governo (Scarcelli, 2017).

Nas políticas que definem programas, nos processos de gestão que os implantam, na atuação das (dos) trabalhadoras (es) que os implementam, há concepções de sujeito, de saúde e de sociedade, das quais decorrem práticas. Entendemos que estas práticas podem estar comprometidas com a postura de se desfazer da reprodução que perpetua desigualdades, violências e preconceitos pela hegemonia de interesses de grupos econômicos dominantes, contribuindo, assim, com caminhos para uma sociedade mais justa.

Isso nos leva a considerar que, no cotidiano da atuação profissional, a implementação de programas voltados à promoção de saúde mental seja constantemente acompanhada de uma "prática que interroga os fatos" (Scarcelli, 2017, p. 91). Uma prática orientada por reflexões que permitam o reconhecimento de cenários que se desenham nos interstícios das políticas e das práticas.

Essa foi a intencionalidade deste trabalho. Busquei mapear, reconhecer e nomear os cenários que emergem no contexto da assistência em saúde mental na AB, no distrito do Jardim Ângela. É bem provável que tais cenários não sejam diferentes de tantos outros presentes nos âmbitos das políticas e práticas de outros territórios, mas esses são os nossos cenários! Percebê-los nos permite pensar em caminhos de enfrentamento aos desafios e possibilidades que eles carregam.

Identifiquei cenários marcados por insuficiências, ausências, tensões, medos e angústias, mas também, sobretudo, ocupados por trabalhadoras (es), cujo valor e potencial

quero ressaltar nessas considerações finais. Ao fazê-lo, recorro às minhas experiências como interlocutor de saúde mental, tanto no distrito do Jardim Ângela quanto no Jardim São Luís, ambos no território de M'Boi Mirim.

Em minhas atividades de interlocução, reconheço, na grande maioria das trabalhadoras (es), posturas e disposição que evidenciam seu comprometimento com a vocação profissional do cuidado em saúde mental que o sujeito em sofrimento requer. Isso me permite reconhecê-las como as maiores potencialidades disponíveis no território, apesar das suas inseguranças e temores.

Entendo que o reconhecimento desses sentimentos por parte das trabalhadoras, ainda que possa fragilizá-las, dá-lhes a possibilidade de ressignificá-los, inscrevendo-os como instrumentos de resistência e de luta, necessários nas práticas em saúde mental, frente às ambiguidades e contradições das políticas. Assim como as trabalhadoras participantes dessa pesquisa, também vivencio sentimentos semelhantes.

Iniciei este trabalho com uma apresentação, na qual me identifico como um homem negro e verbalizo sentimento de insegurança, que estava relacionado ao meu próprio desejo e à minha expectativa do que eu poderia desenvolver de novo como contribuição para a interlocução e o campo da Saúde Mental, a partir dessa pesquisa. Durante o percurso de elaboração do trabalho, em meio a leituras, reflexões e percepções quanto aos complexos processos sociais no campo da Saúde Mental, deparei-me com o fato de que, pela primeira vez, aos 49 anos de idade, pude me reconhecer e me identificar como um homem negro.

Ao finalizar este trabalho, entendendo que a insegurança daquele momento dizia sim de receios acadêmicos em razão das exigências de um mestrado, porém, também, e, principalmente, falava da minha própria história de homem negro. Insegurança em razão de a cor que assumo ser a que, historicamente, é colocada sob suspeita de diversos modos, dentre eles, a capacidade intelectual.

Reconheço agora também que, na condição de trabalhador que atua na esfera da saúde mental, assim como os sujeitos desta pesquisa, os temores daquele momento se assemelham aos vivenciados pelas trabalhadoras em sua prática cotidiana e verbalizados no âmbito deste trabalho. Embora eu atue no lugar da gestão e com vínculo de emprego diferente, também me vejo atravessado, enquanto trabalhador, pelos efeitos de políticas excludentes e perpetuadoras de violências sociais.

Deste modo, entendo que, enquanto trabalhadoras (es) e sujeitos de um processo sócio-histórico em andamento, reconhecer e entender nossos temores pode contribuir para uma atuação profissional, na qual estejamos mais conscientes não somente das contradições das

políticas, como também dos nossos próprios medos e inseguranças. Acredito que caminhos como este possam nos conduzir ao desenvolvimento de habilidades que contribuam tanto para nossas resistências, quanto para nossa melhor atuação profissional.

Este caminho não diz respeito a nos tornar especialistas em saúde mental, tão pouco se refere a sabermos precisamente qual o lugar ideal para acolher os sujeitos em sofrimento existencial, também não se trata de sabermos aplicar a intervenção "correta" nas demandas por saúde mental. Entendo que este caminho aponta para uma direção outra, que não é aquela predominante em nossas práticas: a busca por especialistas.

Tem sido corriqueira a preferência pela figura da(o) psiquiatra em espaços chamados de educação permanente em saúde mental — como nos matriciamentos — , a fim de que o seu "saber" seja "compartilhado". Entendo que esta noção de "especialistas", no campo da saúde mental, não contribui para superar heranças manicomiais. Espaços de matriciamentos em saúde mental, pensados a partir da figura de "especialistas", em particular, psicólogos e psiquiatras, reforçam heranças manicomiais, ao passo que enfraquecem a potência das construções coletivas e mantêm o *sujeito em sofrimento* ainda aprisionado a um poder-saber.

Por essa razão, no cotidiano da interlocução em saúde mental, no território de M'Boi Mirim, tenho lançado o desafio de repensarmos o matriciamento em saúde mental descentralizado fundamentalmente da figura do psiquiatra. É nessa perspectiva que retomo a noção de sensibilidade, apresentada anteriormente no percurso deste trabalho, para inscrevê-la aqui como proposta alternativa — e por que não a reconhecer como subversiva? — ao especialismo tão requerido no cotidiano da assistência em saúde mental na AB.

Convém apontar ainda que essa necessidade por pessoas sensíveis — e não apenas por especialistas — surge no contexto em que o campo da Saúde Mental é pensado a partir de um processo social complexo. A complexidade do fenômeno da *loucura*, entretanto, não pressupõe uma especialidade. Requer, sim, uma sensibilidade direcionada às experiências humanas do sujeito em sofrimento-existência.

O desenvolvimento desta sensibilidade pressupõe uma postura de abertura e disponibilidade para inventar territorialidades diversas, nas quais possa transitar a prática possível, atrelada à reflexão necessária e à mudança inevitável, sem as quais cessam os movimentos e reinvenções. Poucas pessoas têm a possibilidade de se tornarem "especialistas" em saúde mental, mas todas as pessoas podem desenvolver uma "postura sensível".

REFERÊNCIAS

Agência Brasil. Eduardo Pazuello toma posse como Ministro da Saúde. [internet]. Brasília. 2020. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2020-09/ao-vivo-eduardo-pazuello-toma-posse-como-ministro-da-saude.

Agência Brasil. Governo celebra política de drogas focada em comunidades terapêuticas. [internet]. Edição: Kleber Sampaio. Brasília. 2021. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2021-04/governo-celebra-politica-de-drogas-focada-em-comunidades-terapeuticas.

Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. Hist. ciênc. saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 61-77, Out. 1994. [Internet] 1994 [citado 7 out. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701994000100006&lng=en&nrm=iso.

Amarante P. (Coord.) Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998. 136p.

Amarante P. Manicômio e *Loucura* no final do século e do milênio. In: Fernandes MI (Org.) Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1999. p. 47-53.

Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 4a. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Amarante P. O Homem e a serpente: outras histórias para a *loucura* e a psiquiatria. 5ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.

Amarante P. Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados. São Paulo: Zagodoni, 2017.

Amarante P. A ameaça técnica da indústria da loucura. Março 2019 Rev. RADIS n.198. Rio de Janeiro: Fiocruz. [internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/opiniao/pos-tudo/a-ameaca-tecnica-da-industria-da-loucura

Andrade F. TV Globo. Teich deixa ministério da saúde antes de completar um mês no cargo e após divergir de Bolsonaro. São Paulo. 2020. [internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/05/15/teich-deixa-o-ministerio-da-saude-antes-de-completar-um-mes-no-cargo.ghtml.

Bachelard G. 1884-1962. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. Abreu ES, tradutora. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 316 p. [Internet] 1996 [citado jan. 2022]. Disponível em: http://astro.if.ufrgs.br/fis2008/Bachelard1996.pdf.

Bardin L. Análise de conteúdo. 3a. reimp. da ed. de 2016. Reto LA, Pinheiro A, tradutores. Lisboa: Edições 70. Título original L'analyse de contenu.

Barros MBA, Lima MG, Malta DC, Szwarcwald CL, Azevedo RCS de, Romero D et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. Epidemiologia e Serviços de Saúde [Internet]. 2020, v. 29, n. 4 [citado dez. 2021], e2020427. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000400018. Epub 24 ago. 2020. ISSN 2237-9622.

Birman J. A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: Bezerra Jr., Benilton; Amarante P. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeira: Relume Dumara; 1992, p. 71-90.

Birman J. A cena constituinte da psicose maníaco-depressiva no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos [Internet]. 2010, v. 17, [citado nov. 2020], p. 345-71. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000600005. Epub 1 fev. 2011. ISSN 1678-4758.

Birman J, Costa JF. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: P (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 1994. p. 41-72.

Bosco N. Correio Braziliense. O Governo estaria planejando encerrar programas de saúde mental do SUS. 2020. Brasília – DF. 2020. [Internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/brasil/2020/12/4893610-governo-estaria-planejando-encerrar-programas-de-saude-mental-do-sus.html.

Braga R. O fim do lulismo. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe? Boitempo, 2016. [Internet]. São Paulo [citado 27 nov. 2021]. Disponível em: https://www.sinte-sc.org.br/files/1081/Texto%201%20Porque%20Gritamos%20Golpe.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Ministério da Saúde, 2013.176 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34). [Internet] Brasília – 2013 [citado 21 out. 2021]. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/mod/url/view.php?id=2580711.

Brasil. Presidência da República. Emenda Constitucional 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências. 2016a. [Internet]. Brasília (DF), [citado em 20 nov. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria 1.482, de 25 de outubro de 2016b. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES o tipo 83: Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. [Internet] [citado em 1 dez. 2021]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2016/prt1482_25_10_2016.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 2436 de 17 setembro de 2017a. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. 2017a [citado 21 out. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Recomendação n.º 43, 15 de setembro de 2017b. Recomenda ao Ministério da Saúde que revise a Portaria SAS/MS n.º 1.482/2016, mantendo como elegíveis para inscrição no cadastro do CNES as entidades de promoção à saúde nos termos do Art. 8.º, da Lei n.º 12.101, de 27 de novembro de 2009 e n.º 12.868, de 15 de outubro de 2013, revogando todos os artigos referentes às Comunidades Terapêuticas. [Internet]. Brasília-DF 2017b [citado 2 dez. 2021]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes/2017/Reco043.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017c. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245. p. 239. 22 dez 2017. [Internet] [citado fev. 2022]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília (DF), 2017d. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/rt3588_22_12_2017.html.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). 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. Diário Oficial da União 2011. Brasília, DF. [Internet] [citado 1 dez. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.979, de 12 de dezembro de 2019a. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1 Brasília, DF, n. 245, novembro de 2019. [Internet] [citado 1 dez. 2021]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/financiamento/portarias/prt_2979_12_11_2019.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica n.º 11/2019-cgmad/dapes/sas/ms. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF. [Internet] 2019b [citado dez. 2021]. Disponível em: https://pbpd.org.br/wp content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Decreto n.º 9.761 de 11 de abril de 2019c. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Brasília – DF. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9761.htm.

Brasil. Lei n.º 13.840, de 5 de junho de 2019d. Altera as Leis n.os 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei n.os 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1.º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília-DF. [Internet] [citado jun. 2022]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde: 5.ª Conferência Nacional de Saúde Mental será de 17 a 20 de maio de 2022. [Internet]. Brasília-DF 2020a [citado 19 nov. 2021]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1552-5-conferencia-nacional-de-saude-mental-sera-de-17-a-20-de-maio-de-2022.

Brasil. Lei 13.979, de fevereiro de 2020b. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. Brasília – DF. [Internet] [Citado dez. 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Nota Técnica n. 3/2020c. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. [Internet]. 2020c. [citado 29 dez. 2021]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf.

Brasil. Resolução n.º 652, de 14 de dezembro de 2020d. Convoca a V Conferência Nacional de Saúde Mental (V CNSM), cuja Etapa Nacional será realizada em Brasília, entre os dias 17 e 20 de maio de 2022. Brasília, DF. [Internet] 2020d. [Citado nov. 2021]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/1548-resolucao-n-652-de-14-de-dezembro-de-2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 596, de 22 de março de 2022. Revoga a Seção XII do Capítulo III do Título VIII, art. 1049 até art. 1062, da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 6, de 28 de setembro de 2017, e a Seção II do Capítulo III, art. 64 até art. 74, e os anexos XXXVI, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, XL, XLI e XLII da Portaria de Consolidação GM/MS n.º 5, de 28 de setembro de 2017. Brasília-DF. [Internet] 2022a [citado maio 2022]. Disponível em: https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-596-de-22-de-marco-de-2022-387974558.

Brasil. Ministério da Cidadania. Ministério da Cidadania lança edital para o financiamento de projetos de hospitais psiquiátricos. Brasília; Ministério da Cidadania. 2022b. [Internet] [citado mar. 2022]. Disponível em: https://www.gov.br/cidadania/pt-br/noticias-e-conteudos/desenvolvimento-social/noticias-desenvolvimento-social/ministerio-da-cidadania-lanca-edital-para-o-financiamento-de-projetos-de-hospitais-psiquiatricos#:~:text=Est%C3%A1%20aberto%20at%C3%A9%20o%20dia,ambulat%C3%B3rio%20e%2Fou%20pronto%20atendimento.

Bravo MIS, Pelaez EJ, Pinheiro WN. As contrarreformas na política de saúde do governo Temer. Argum., Vitória, v. 10, n.º 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. [Internet] 2018 [citado 21 out 2021]. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6545985.

CNES-Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Município de São Paulo. TABNET/DATASUS. [Internet]. [Acesso em 29 Dez. 2021]. Disponível em: http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/deftohtm3.exe?secretarias/saude/TABNET/cnes/estab.def

Cardoso A. O golpe e as histórias conectadas. In: Santos LA, Bacegga MVA, Mateus YGAS, organizadores. O golpe de 2016 e o futuro da Democracia no Brasil. [Internet] São Luís: EDUFMA, 2021. [citado nov. 2021]. Disponível em: https://www.edufma.ufma.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2021/04/O-Golpe-de-2016-e-o-Futuro-da-Democracia-no-Brasil.pdf.

Castel R. A Ordem Psiquiátrica: A idade de Ouro do Alienismo. Albuquerque MTC, tradutora. Rio de janeiro: Edições Graal, 1978.

Cavalcante SR. A contrarreforma na política de saúde e o sus hoje: impactos e demandas ao serviço social. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010. [Internet] [citado nov. 2021]. Disponível em: https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9499.

Collucci C. Ex-Diretor de manicômio conduzirá política de saúde mental no país. Folha de São Paulo – Cotidiano. São Paulo, 14 dez. 2015. [Internet] [Citado jan. 2022]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/12/1719024-ex-diretor-de-manicomio-conduzira-politica-de-saude-mental-no-pais.shtml.

Conselho Federal de Psicologia. Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas. 2018. Brasília – DF. [Internet] [Citado nov. 2021]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/.

Cooper D. Psiquiatria e Antipsiquiatria. São Paulo: Perspectiva, 1973.

Costa, JF. História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 4.ª ed., Rio de Janeiro: Xenon, 1989. (Primeira ed. pela Documentário, 1976)

Cruz NFO, Gonçalves RW, Delgado PGG. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n.º 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. [Internet] Rio de Janeiro 2020. [citado jan. 2022]. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tes/a/j6rLVysBzMQYyFxZ6hgQqBH/?format=pdf&lang=pt.

Daniela AR. Folha de São Paulo. Relembre os embates entre Bolsonaro e Mandetta na crise do coronavírus. São Paulo. 2020. [Internet] [citado jan. 2022]. Disponível em: https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/relembre-os-embates-entre-bolsonaro-e-mandetta-na-crise-do-coronavirus.shtml.

De Alencar B, Dantas C. G1. "Melhor perder a vida que a liberdade", diz Queiroga; veja análises de frase e medidas. [internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://g1.globo.com/saude/noticia/2021/12/07/melhor-perder-a-vida-do-que-a-liberdade-diz-queiroga-veja-analise-de-frases-e-medidas-sobre-viajantes.ghtml.

Delgado PG. Entrevista do mês: Pedro Gabriel Delgado. In: Costal e Conceição. Observatório de Análise Política em Saúde. Salvador/BA. 2019. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/noticias/abd1e771bec03238e59d0301ff8da97e/1/.

Fernandes ADSA, Matsukura TS, Lourenço MSG. Mental health care practices in Primary Health Care: identifying researches in the Brazilian context. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional [Internet]. 2018, v. 26, n.º 4 [citado nov. 2021], p. 904-914. Disponível em: https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAR1162. Epub oct.-dec. 2018. ISSN 2526-8910.

Foucault M. História da *loucura* na Idade Clássica. Netto JTC, tradutor. São Paulo: Ed. Perspectiva; 1978.

Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974) Michel Foucault. Brandão E, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

Fundação SEADE, 1996 a 2021. TabNet. População residente projetada em 01 de julho segundo ano, sexo, faixa etária e local de residência. Município de São Paulo. [internet]. 2021 [citado dez. 2021]. Disponível em: http://tabnet.saude.prefeitura.sp.gov.br/cgi/tabcgi.exe?secretarias/saude/TABNET/POP/pop.def.

G1. Brasil tem 231 mortes por Covid-19 em 24 horas; média móvel segue abaixo de 200 pelo 5.º dia seguido. São Paulo. 2021. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2021/12/08/brasil-tem-231-mortes-por-covid-19-em-24-horas-media-movel-segue-abaixo-de-200-pelo-5o-dia-seguido.ghtml.

Galvão ACA, Zaidan JCSM, Salgueiro W, organizadores. Foi golpe! O Brasil de 2016 em análise. Campinas, SP: Pontes Editores, 2019. [Internet] [citado em 27 nov. 2021].

Garcia R. O Globo. Cloroquina contra Covid-19 vai da "eficácia não comprovada" à "ineficácia comprovada". São Paulo. 2021 [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/saude/coronavirus/cloroquina-contra-covid-19-vai-da-eficacia-nao-comprovada-ineficacia-comprovada-24848040.

Gonçalves MS, Edler FC. Os caminhos da *loucura* na Corte Imperial: um embate historiográfico acerca do funcionamento do Hospício Pedro II de 1850 a 1889. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [Internet]. 2009, v. 12, n.º 2 [citado nov. 2021], p. 393-410. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142009000200013. Epub 7 ago. 2009. ISSN 1984-0381.

Guattari F. Revolução molecular: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Guerra R. O Globo. Bolsonaro defendeu uso da cloroquina em 23 discursos oficiais; veja as frases. São Paulo. 2021 [internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-defendeu-uso-de-cloroquina-em-23-discursos-oficiais-leia-as-frases-25025384.

Jinkins I, Doria K, Cleto M, organizadores. Por que gritamos golpe? Para entender o impeachment e a crise política no Brasil. São Paulo: Boitempo, 2016. [Internet] [citado 27 nov. 2021]. Disponível em: https://www.sinte-sc.org.br/files/1081/Texto%201%20Porque%20Gritamos%20Golpe.pdf.

Kitzinger J. Grupos focais com usuários e profissionais da atenção à saúde. In: Pope C. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Fajardo AP, tradutora. 2a. ed. Porto Alegre: Artemed, 2005. p. 31-40.

Kokay E. DW. Bolsonaro em 25 frases polêmicas. 2021 [internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.dw.com/pt-br/bolsonaro-em-25-frases-pol%C3%AAmicas/a-46065201.

Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWSC, Minayo MCS, Akerman M, Júnior MD, Carvalho YM, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo; Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 615-634. [Internet] [citado dez. 2019]. Disponível em: https://docero.com.br/doc/881cex8.

Lancetti A. Prevenção, preservação e progresso da Saúde Mental. In. Lancetti, A, organizador, Saúde*loucura* 1. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 75-89.

Mapa da Desigualdade 2021. Rede Nossa São Paulo. [Internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.nossasaopaulo.org.br/2021/10/21/mapa-da-desigualdade-2021-e-lancado/CNES.

Melo EA, Mendonça MHM, Oliveira JR, Andrade GCL. Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. Saúde em Debate [Internet]. 2018, v. 42, n.º spe1 [citado 30 dez. 2021], p. 38-51. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103. ISSN 2358-2898.
Miguel LF. A democracia na encruzilhada. In: Jinkings I, Doria K, Cleto M. Por que gritamos golpe? São Paulo: Boitempo, 2016. [Internet] [citado nov. 2021]. Disponível em: https://www.sinte-sc.org.br/files/1081/Texto%201%20Porque%20Gritamos%20Golpe.pdf.

Miguel LF. O colapso da democracia no Brasil: da Constituição ao golpe de 2016. São Paulo: Fundação Rosa Luxemburgo: Expressão Popular, 2019. [Internet] [citado nov. 2021]. Disponível em: https://rosalux.org.br/wp-content/uploads/2020/12/colapso_democracia_Brasil.pdf.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. ISBN 978-85-271-0181-3.

Monteiro MF. Das manchetes policiais para a revolução social. Por Maurício Monteiro Filho. São Paulo.12/01/06. [Internet] [citado dez. 2019]. Disponível em: https://reporterbrasil.org.br/2006/01/das-manchetes-policiais-para-a-revolucao-social/.

Moreira A, Pinheiro L. G1. OMS declara pandemia do coronavírus. São Paulo. [Internet] 11/03/2020 [citado dez. 2021]. Disponível em: https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/noticia/2020/03/11/oms-declara-pandemia-de-coronavirus.ghtml.

Moreira J. Notícia sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam., São Paulo,2011; 14(4) : 728-68. [Internet] 2011 [Citado nov. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142011000400012&lng=en&nrm=iso.

Moreira JA. Diário de notícias. Bolsonaristas querem demissão de mais um ministro da saúde. São Paulo. 2020. [internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.dn.pt/mundo/bolsonaristas-querem-demissao-de-mais-um-ministro-da-saude-12182963.html.

Mori L. Vida e Morte na Periferia. 2011 Revista Babel – Departamento de Jornalismo e Editoração – ECA-USP. 2011. [Internet] [citado dez. 2019]. Disponível em: http://www.eca.usp.br/babel/antes/index3.php?tema=Espera&id=17.

Neto PR. Mais de 120 organizações pedem inquérito contra 'revogaço' da saúde mental. UOL. 12.12.2020. São Paulo. [Internet] [citado jan. 2021]. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2020/12/12/mais-de-120-organizacoes-pedem-inquerito-contra-revogaco-da-saude-mental.htm.

Nunes M. Correio Braziliense. Entenda os desgastes que pressionam a saída de Pazuello do ministério da saúde. 2021. Brasília – DF. 2021. [Internet]. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2021/03/4911884-entenda-os-desgastes-que-pressionam-a-saida-de-pazuello-do-ministro-da-saude.html.

Oda AMGR. A primeira tese brasileira sobre a alienação mental: leituras, plágios e ciência. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [Internet]. 2013, v. 16, n.º 4. pp. 630-641. [citado 6 nov. 2021] Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlpf/a/QBfby4kW3ZyjnrzNyT8Cz9w/?lang=pt.

Oliveira DC. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. Rev. de enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):569-76. [Internet] [citado mar. 2021]. Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf. Oliveira PC. Faces da história, Assis-SP. 2018 jan-jun; 5(1) ; 354-7.

OPAS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto do novo coronavírus. 30 jan. 2020. [Internet] 2020a [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus.

OPAS. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. 11 mar. 2020. [Internet] 2020b [citado dez. 2021]. Disponível em: https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic.

Ortiz D. G1. TV Globo. Bolsonaro dá posse a Marcelo Queiroga como Ministro da Saúde em cerimônia reservada. Brasília. 2021. [Internet]. [citado dez. 2021. Disponível em: https://g1.globo.com/politica/noticia/2021/03/23/bolsonaro-da-posse-a-marcelo-queiroga-como-ministro-da-saude.ghtml.

Pereira MEC. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [Internet]. 2004, v. 7, n.º 3, p. 113-116 [citado 2019]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1415-47142004003011. ISSN 1984-0381.

Pessoti I. A *loucura* e as épocas. São Paulo: Ed. 34, 1994.

Pichon-Rivière E. O Processo Grupal. 7. Edição brasileira. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

Pichon-Rivière E, Quiroga. AP de. Psicologia de la vida cotidiana. 1a. ed./17a. reimpressão. Buenos Aires: Nueva Visión, 2010.

Pitta AMF, Guljor AP. A violência da contrarreforma psiquiátrica no Brasil: um ataque à democracia em tempos de luta pelos direitos humanos e justiça social. Cadernos do CEAS: Revista Crítica de Humanidades, Salvador, n. 246, jan./abr., p. 6-14, 2019. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://doi.org/10.25247/2447-861X.2019.n246.p6-14.

Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n.º 12, p. 4579-4589, dez. 2011. [Internet] 2011 [citado out. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300002&lng=en&nrm=iso.

Pope C. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Fajardo AP, tradutora. 2a. ed. Porto Alegre: Artemed; 2005.

Pope C, Ziebland S, Mays N. Analisando Dados Qualitativos. In: Pope C. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde/2a. ed. Fajardo AP, tradutora. Porto Alegre: Artemed; 2005. p. 87-99.

Pope C, Mays N. Métodos qualitativos na pesquisa em saúde. In: Pope C. Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde. Fajardo AP, tradutora. 2a. ed. Porto Alegre: Artemed; 2005. p. 11-19.

R7. Pazuello deixa Ministério da Saúde após falhas na gestão da pandemia. São Paulo. [Internet]. 2021. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://noticias.r7.com/brasil/pazuello-deixa-ministerio-da-saude-apos-falhas-na-gestao-da-pandemia-15032021.

Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017 / Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; Brasília DF: CFP, 2018. [Internet] [citado dez. 2021]. Disponível em: https://site.cfp.org.br/lancamento-do-relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/.

Rotelli F, Amarante P. In: Amarante P, Bezerra B, organizadores. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992. p. 45-55.

Rotelli F. A instituição Inventada. In: Nicácio F, organizador. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990.

Roudinesco E. Dicionário de psicanálise; Tradução Vera Ribeiro, Lucy Magalhães; supervisão da edição brasileira Marco Antônio Coutinho Jorge. Rio de Janeiro: Zahar; 1998.

Sakaguchi DS, Marcolan JF. A história desvelada no Juquery: assistência psiquiátrica intramuros na ditadura cívico-militar. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 29, n.º 4, p. 476-481, ago. 2016 [Internet] 2016 [citado nov. 2019]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103 21002016000400476&lng=en&nrm=iso.

Santos LA, Bacegga MVA, Mateus YGAS, organizadores. O golpe de 2016 e o futuro da Democracia no Brasil. [Internet] São Luís: EDUFMA, 2021. [citado 28 nov. 2021]. Disponível em: https://www.edufma.ufma.br/wp-content/uploads/woocommerce_uploads/2021/04/O-Golpe-de-2016-e-o-Futuro-da-Democracia-no-Brasil.pdf.

Santos RC, Bosi MLM. Saúde Mental na Atenção Básica: perspectivas de profissionais da Estratégia Saúde da Família no Nordeste do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2021, v. 26, n.º 5 [citado nov. 2021], pp. 1739-1748. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1413-81232021265.04902021. Epub 28 maio 2021. ISSN 1678-4561.

Scarcelli IR. O Movimento Antimanicomial e a rede substitutiva em saúde mental. A experiência do município de São Paulo.1989-1992. 149 p. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. [Internet] 1998 [Citado nov. 2019]. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-03112005-221529/pt-br.php.

Scarcelli IR. Entre o hospício e a cidade; dilemas no campo da saúde mental. São Paulo: Zagodoni; 2011.

Scarcelli IR. Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde. São Paulo: Zagodoni; 2017.

Scarcelli IR. Jornal da USP. A contrarreforma na Política de Saúde Mental: O que temos a ver com isso? São Paulo. [Internet] 2019 [citado dez. 2021]. Disponível em: https://jornal.usp.br/artigos/a-contrarreforma-na-politica-de-saude-mental-o-que-temos-a-ver-com-isso/.

Silva GB, Holanda AF. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1841-1930). Memorandum, 27, p. 127-142. [Internet] 2014 [citado jan. 2022]. Disponível em: https://periodicos.ufmg.br/index.php/memorandum/article/view/6512/4095.

Soares RC. Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS. Argum., 10(1):24-32 [Internet]. 28 de junho de 2018 [citado nov. 2021]. Disponível em: https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496.

Sonim ND. O manicômio manda lembranças. Saúde!Brasileiros. 2015. [Internet] [citado nov. 2019]. Disponível em: http://brasileiros.com.br/2015/09/o-manicomio-manda-lembrancas/.

Soratto J, Souza DF. Interfaces entre austeridade, necropolítica e o mito da pandemia democrática: provocações à brasileira. 2021 Physis: Revista de Saúde Coletiva. v. 31, n.º 03 [Internet] [citado jan. 2022]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310310. ISSN 1809-4481.

Teixeira MOL, Ramos FAC. As origens do alienismo no Brasil: dois artigos pioneiros sobre o Hospício de Pedro II. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental [Internet]. 2012, v. 15, n.º 2 [citado nov. 2021], p. 364-381. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S1415-47142012000200011. Epub 26 jun. 2012. ISSN 1984-0381.

TV Cultura. Jornalismo. Michel Temer fala sobre impeachment de Dilma Rousseff. Vídeo (1:58). Roda Viva. Canal YouTube. 17.09.2019. [Internet] São Paulo [citado 28 nov. 2021]. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=W45xyv5qLmE.

UOL. Queiroga: 'Política é do governo Bolsonaro, não do ministro da Saúde'. [Internet]. Rio de Janeiro. 2021. [citado dez. 2021]. Disponível em: https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2021/03/16/queiroga-diz-que-a-politica-adota-na-pandemia-e-do-governo-bolsonaro.htm.

Vieira F, Benevides R. Os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do sistema único de saúde e para a efetivação do direito à saúde no brasil. Nota Técnica n.º 28. IPEA. Brasilia. 2016. [Internet] [citado 29 nov. 2021]. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf.

Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. 190 p. [Internet] [citado nov. 2020]. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300023. ISBN 978-85-7541-362-3.

APÊNDICE A – Equipe Multidisciplinar e ESF – Roteiro para Grupo Focal com Trabalhadores da Atenção Básica

1. Contem sobre a experiência de vocês nos cuidados às pessoas com necessidades de saúde mental.
2. O que vocês pensam sobre as pessoas com demandas por saúde mental?
3. Falem sobre como vocês se sentem ao atenderem pessoas com demandas por saúde mental.
4. O que vocês acham da assistência que é oferecida às pessoas com demandas por saúde mental no Jardim Ângela?
5. Como vocês avaliam a maneira como são conduzidos os casos de saúde mental no Jardim Ângela?
6. O que vocês acham que facilita ou dificulta o trabalho da Atenção Básica no cuidado à saúde mental?
7. Como vocês entendem que a justiça, a medicina e a política podem contribuir para produzir mais saúde mental?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para trabalhadoras

Prezada (o) _____, você está sendo convidada (o) a participar da pesquisa: **Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo**. A pesquisa tem por objetivo: Compreender como os profissionais da Atenção Básica, que trabalham no Distrito do Jardim Ângela, território de M Boi Mirim, zona Sul de São Paulo, lidam com os usuários com demandas de saúde mental.

Esta é uma pesquisa proposta pelo Programa de Mestrado Profissional Interdisciplinar da USP.

A pesquisa consistirá na aplicação de entrevista em grupo, denominada de Grupo Focal, onde até 06 profissionais de saúde, entre ESF (Estratégia da Saúde da Família) e NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), comporão o grupo, o qual acontecerá em uma (01) UBS (Unidade Básica de Saúde).

Esta entrevista em grupo que você vai participar está prevista para junho/julho/2021 e será feita em uma sala na UBS, que deve ter espaço físico para reunir pelo menos 08 pessoas, respeitando os atuais protocolos de biossegurança para prevenção do Covid-19.

Sua contribuição no estudo consistirá em compor o grupo de até 06 profissionais, que participarão do Grupo Focal a ser realizado na UBS onde você trabalha. No Grupo Focal, que é uma espécie de "diálogo em grupo", serão discutidas questões sobre a Saúde Mental na Atenção Básica.

O grupo terá uma duração de mais ou menos 90 minutos e a conversa será gravada em áudio. Essa gravação será transcrita, devolvida para sua avaliação e concordância, e em seguida será totalmente apagada. Após a transcrição final, se desejar, a entrevista será apresentada para seu conhecimento e revisão e, somente após a sua autorização de uso, os dados serão utilizados na pesquisa.

Todos os dados coletados serão estudados, analisados e depois será elaborado um relatório, ao qual você poderá ter acesso, caso deseje. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos, seminários ou em revistas de estudo de saúde.

Espero que os dados coletados ajudem a entender algumas questões como, por exemplo: a interação entre os profissionais da AB (Atenção Básica) e o impacto dessa interação no atendimento aos usuários com demandas em saúde mental; como a práticas profissionais se aproximam ou se distanciam dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica; facilidades e/ou dificuldades que permeiam o trabalho dos profissionais de saúde, nas demandas de saúde mental, e quais estratégias são utilizadas para superar os limites/dificuldades na atenção aos usuários com demandas em saúde mental, entre outras.

A atividade de pesquisa oferece riscos mínimos com relação à segurança física, social e moral. Não serão revelados, em hipótese nenhuma, os seus dados pessoais, tais como nome, endereço, telefone ou local de trabalho, portanto, os dados coletados na pesquisa serão tratados sem julgamentos prévios ou identificações de qualquer natureza.

Garanto plenamente o seu sigilo, de forma que a sua participação não oferecerá qualquer risco para sua pessoa. Mesmo assim, há possibilidade de que você tenha algum desconforto durante a entrevista. Assim, esclareço que você tem o direito de recusar este convite e que, caso decida participar do estudo, você poderá se recusar a responder a qualquer questão ou mesmo retirar, a qualquer tempo, o seu consentimento e desistir de participar deste estudo, mesmo após o início da entrevista, sem qualquer dano pessoal, trabalhador ou social.

Além disso, o pesquisador estará à disposição para oferecer esclarecimentos, informações e acolhimento, se necessário, e a qualquer tempo, mesmo após a pesquisa, você poderá recorrer às pessoas identificadas abaixo, caso sofra qualquer dano decorrente da participação nesta pesquisa.
Lembro que sua participação é totalmente VOLUNTÁRIA e que, portanto, não haverá nenhuma despesa ou compensação financeira para você, relacionada à sua participação na pesquisa.
Enquanto trabalhador de saúde no território objeto de estudo, você será beneficiada (o) pelo conhecimento produzido, já que o estudo poderá revelar elementos que facilitariam o processo de trabalho.
Em qualquer etapa do estudo, você poderá acessar as seguintes pessoas responsáveis pela pesquisa para esclarecimento: Profª Ianni Regia Scarcelli, que pode ser encontrada pelo telefone (11) 3091-4184 ou pelo e-mail: Ianni@usp.br e Elias Rodrigues Santana, pelo telefone (11) 954 270 548 ou pelo e-mail: eliass@usp.br.
Caso tenha alguma dúvida sobre os compreensões éticos dessa pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP – Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, Sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo-SP. CEP: 05508-030. Telefone: 3091-4182 – email: ceph.ip@usp.br, bem como o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo – CEP/SMS: Rua Gomes de Carvalho 256, sala 15. Telefone: 3846-4815 Ramais: 228,242 e 243. E-mail: smscep@gmail.com.
Este termo será assinado em duas vias, por você e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder.
Acredito ter sido suficientemente informado a respeito do que li ou foi lido para mim, sobre a pesquisa: A Saúde Mental na Atenção Básica à luz da Reforma Psiquiátrica - A percepção dos profissionais de saúde quanto ao manejo das demandas de usuários com necessidades de saúde mental. Discuti com o pesquisador Elias Rodrigues Santana sobre minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim os propósitos do estudo, os procedimentos, garantias de sigilo, de esclarecimentos permanentes e isenção de despesas.
Concordo voluntariamente em participar deste estudo.

_____ São Paulo, _____/_____/_____
Assinatura do entrevistado

_____ Nome do entrevistado

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido desta (e) entrevistada (o) para a sua participação neste estudo.

_____ São Paulo, ____/_____/_____

APÊNDICE C - Termo de Consentimento para uso do espaço físico da ubs – Gestor da Unidade

Prezado gestor, esta UBS está sendo convidada a participar de uma pesquisa intitulada: "**Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo".** É uma pesquisa proposta pelo Programa de Mestrado Profissional Interdisciplinar da USP, que tem por objetivo compreender o cenário dos cuidados ofertados aos usuários com demandas de saúde mental no distrito do Jardim Ângela.

A pesquisa consistirá na aplicação de 01 entrevista em grupo, denominada de Grupo Focal, onde até 06 profissionais, entre ESF e NASF, comporão o grupo, juntamente com o pesquisador e um mediador por período de até 90 minutos.

A entrevista está prevista para junho/julho/2021 e requer o uso de uma sala adequada à atividade na UBS. A adequação referida indica que haja na sala 08 cadeiras ou mais e espaço físico para reunião com pelo menos 08 pessoas, respeitando os atuais protocolos de bio segurança para prevenção do Covid-19.

A entrevista será gravada em áudio. Todos os dados coletados serão discutidos, analisados e, depois será elaborado um relatório, que a UBS poderá ter acesso, caso deseje. Os resultados serão divulgados em congressos, seminários ou em revistas de estudo de saúde.

A atividade de pesquisa oferece riscos mínimos com relação à segurança física, social e moral dos participantes e a participação não acarretará em prejuízos, pois os dados coletados possibilitarão o entendimento de como se dá a interação entre os profissionais da AB e como isso impacta o atendimento aos usuários com demandas em saúde mental, a compreensão de como a práticas profissionais se aproximam ou se distanciam dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, a identificação das facilidades e/ou dificuldades que permeiam o trabalho dos profissionais de saúde, nas demandas de saúde mental e entendimento de quais estratégias são utilizadas para superar os limites/dificuldades na atenção aos usuários com demandas em saúde mental entre outras.

Este termo será assinado em duas vias, pelo senhor (a) e pelo responsável pela pesquisa, ficando uma via em seu poder. A UBS poderá terá acesso aos dados coletados a qualquer momento do estudo, quando desejar. Entretanto, para a realização do Grupo Focal, faz-se necessário o seu consentimento, que se efetivará pela assinatura deste TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO ESPAÇO FÍSICO DA UBS.

Qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação relacionada a esta pesquisa e seus compreensões éticos, favor entrar em contato com o pesquisador responsável: Profª Drª **Ianni Regia Scarcelli**, que pode ser encontrada pelo telefone (11) 3091-4184, ou pelo e-mail: Ianni@usp.br e **Elias Rodrigues Santana**, pesquisador assistente, pelo telefone (11) 954 270 548 ou pelo e-mail: eliass@usp.br. Também poderá buscar o **Comitê de Ética Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo** – CEP/SMS – Rua General Jardim,36, Vila Buarque, CEP: 01223-010 - telefone: 33972464, E-mail: smscep@gmail.com, e o **Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da USP** – Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Bloco G, 2º andar, Sala 27 – Cidade Universitária – São Paulo-SP. CEP: 05508-030. Telefone: 3091-4182 – email: ceph.ip@usp.br.

Identificação do responsável legal pela UBS:

Nome:_____

Documento de identidade nº: _____ Sexo: M ( ) F ()

Data de Nascimento:_____/_____/_____.

Endereço:_____

Bairro: _____ Cidade:_____CEP:_____
____
Telefone:_____
Eu, abaixo assinado, estou esclarecida (o) sobre os objetivos do estudo e concordo em autorizar uso do espaço físico da UBS.
São Paulo, de de 2021.

_____ _____
Assinatura da gerente Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE D - Produto Educacional

ELIAS RODRIGUES SANTANA

CRIAÇÃO DE PÁGINA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO FACEBOOK/INSTAGRAM:
Estratégia para a propagação de uma cultura antimanicomial

VOCÊ TAMBÉM É LOUCO?

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
M BÓI MIRIM
SOMOS LOUCOS
POR SAÚDE MENTAL

São Paulo
2022

ELIAS RODRIGUES SANTANA

CRIAÇÃO DE PÁGINA DA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO FACEBOOK/INSTAGRAM:
Estratégia para a propagação de uma cultura antimanicomial

Produto Educacional apresentado à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde, para obter o título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ianni Regia Scarcelli

São Paulo
2022

APRESENTAÇÃO

A elaboração deste produto educacional está vinculada ao Programa de Mestrado Profissional Interunidades Formação Interdisciplinar em Saúde da Universidade de São Paulo – USP, como parte dos requisitos para o título de Mestre em Ciências da Saúde.

O produto foi pensado a partir dos resultados que apareceram na pesquisa "**Políticas e práticas de saúde mental na atenção básica: cenários a partir da perspectiva de trabalhadoras da saúde no jardim ângela, distrito do município de São Paulo"**, realizada pelo mestrando Elias Rodrigues Santana no distrito do Jardim Ângela, território de M'Boi Mirim, município de São Paulo.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....4
O PRODUTO.....5
OBJETIVO.....6
MÉTODO..... 6
CONCLUSÃO.....7

INTRODUÇÃO

Movimentos históricos pela reforma psiquiátrica configuraram a Saúde Mental enquanto campo de saberes e práticas. Isso possibilitou o enfrentamento ao paradigma psiquiátrico, outrora absoluto, sobre o fenômeno da *loucura,* e instaurou um processo social complexo de mudanças em conceitos, estruturas de serviços e práticas no contexto da assistência às pessoas em sofrimento psíquico.

Esta pesquisa indicou que ofertar atendimento às demandas por saúde mental, no contexto da Atenção Básica, ainda é um desafio que está para além das complexidades próprias dessas demandas. Este é um contexto carregado de ambiguidades e contradições, atravessado por questões que, por um lado, apontam, como parte deste desafio, as concepções e práticas dos trabalhadores de saúde quanto ao fenômeno da *loucura*.

Por outro, dizem, fundamentalmente, sobre a natureza de certas políticas públicas de saúde mental, cujos programas são implantados e implementados, majoritariamente, visando atenderem a projetos de governos e acabam por não entregarem, de fato, o que prometem ao usuário dos serviços.

É nesse contexto de práticas marcadas por inseguranças e angústias, bem como por políticas públicas que têm implicado em retrocessos no campo da saúde mental, que nasce essa proposta do autor da pesquisa, a qual consiste em estimular e aprofundar o envolvimento da sociedade nas questões que perpassam o campo da Saúde Mental.

A dinâmica dos avanços e retrocessos nesse campo, especialmente nos últimos anos, exige o desenvolvimento de posturas e práticas que não apenas reconheçam e façam frente às ambiguidades e contradições nesse contexto. É preciso, sobretudo, que tais posturas e práticas adotem caminhos de criatividade e invenção, permitindo, assim, a imersão em territórios ainda não visitados.

O PRODUTO

O produto educacional consiste na criação de uma página nas plataformas Facebook e Instagram, e um QR CODE[39], que será impresso em cartaz (tipo banner) e ficará, inicialmente, na UBS onde foi realizada a pesquisa. Por meio desse QR CODE, os usuários poderão acessar a página e interagir com textos, imagens, vídeos e links postados pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial de M'Boi Mirim.

OBJETIVO

Fomentar a interação entre sociedade, políticas públicas e práticas em saúde mental, visando à difusão de uma cultura antimanicomial e à redução do preconceito e segregação, relacionados ao contexto da saúde mental.

[39] Segundo a plataforma Wikipédia, QR CODE é um código de barras bidimensional, que contém conteúdos facilmente acessíveis, a partir da leitura do mesmo por meio da câmera da maioria dos celulares. Disponível em: https://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%B3digo_QR.

MÉTODO

A elaboração do produto seguirá as etapas abaixo e será colocado em execução somente após a conclusão de todos os passos descritos. É importante lembrar que a elaboração deste produto já estava prevista no projeto de pesquisa, protocolarmente apresentado aos órgãos gestores da Saúde no território (Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde), antes do início da pesquisa citada acima.

1ª etapa

Apesar da previsão de elaboração deste produto educacional, como descrito acima, num primeiro momento, ele ainda será disponibilizado aos referidos órgãos para ciência e apreciação. Após o retorno dos órgãos, o próprio autor do produto fará cadastro nos aplicativos Facebook/Instagram para abertura da página e posterior criação do QR CODE.

2ª etapa

Num segundo momento, considerando que os serviços componentes da Rede de Atenção Psicossocial no território são geridos quase que na totalidade por OSS, será previamente enviada comunicação aos seus gestores, informando sobre a elaboração e objetivo deste produto, bem como da ciência dos órgãos gestores da administração direta. Uma vez cientes os gestores das OSS, idêntica comunicação será enviada aos gestores dos serviços. Vale ressaltar que a participação dos serviços na presente proposta tem caráter totalmente voluntário.

Estrategicamente, com o intuito de envolver todos os serviços da Rede de Atenção Psicossocial e dar visibilidade às atividades que existem no território, esta página será alimentada por conteúdo postado pelos próprios serviços, a partir dos registros (fotos e vídeos) das atividades voltadas à saúde mental que ofertam cotidianamente. Além de fotos e vídeos, poderão ser postados também materiais textuais e links, desde que os conteúdos tenham estreita relação com o campo da saúde mental e atendam ao propósito da página.

3ª etapa

Nessa etapa, considerando a ciência dos gestores em todos os níveis, será necessário que cada serviço escolha uma pessoa, a qual será colocada como um dos administradores da página. Apenas essa pessoa poderá fazer postagens, *após avaliar o material quanto à sua pertinência*

e relevância para o objetivo da página, sendo que, provisoriamente, cada serviço fará apenas 01 (uma) postagem por mês. Essa mesma pessoa receberá, via e-mail, o link e senha para acesso e postagens; as quais poderão ser iniciadas assim que os dados para acesso forem recebidos.

4ª etapa

Após a conclusão das etapas acima, conforme também já descrito no projeto de pesquisa, o QR CODE será impresso em cartaz, que ficará disponível, inicialmente, na entrada da UBS participante da pesquisa. Essa ação, iniciada junto à UBS participante, tem como objetivo dar uma devolutiva, como forma de retorno à unidade quanto aos resultados da pesquisa. Posteriormente, e a critério e avaliação dos órgãos competentes, a estratégia poderá ser estendida a outras UBS e serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Acima do QR CODE haverá a seguinte pergunta: VOCÊ TAMBÉM É LOUCO? Abaixo do código haverá instruções para leitura e acesso à página da RAPS nos aplicativos Facebook/Instagram, que exibirão as seguintes frases (conforme ilustrado na capa do trabalho): ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE M'BOI MIRIM – SOMOS LOUCOS POR SAÚDE MENTAL.

Importa esclarecer que a página será acompanhada/monitorada pela interlocução de saúde mental da Supervisão Técnica de Saúde de M'Boi Mirim, que poderá orientar sobre a postagem ou retirada de conteúdos, de acordo com os objetivos da página, assim como estimular o envolvimento dos serviços da RAPS na divulgação de suas práticas.

CONCLUSÃO

As mudanças no campo da Saúde Mental se dão dentro de um processo social complexo. Entretanto, essa complexidade diz mais de possiblidades que de impedimentos. Esse produto se insere nessa esfera de possibilidades; a possiblidade de desenvolver na sociedade uma postura sensível para com as pessoas em sofrimento psíquico. O campo da Saúde Mental requer mais sensibilidade que especialidade. Poucas pessoas podem se tornar "especialistas" em saúde mental, mas todas as pessoas podem desenvolver uma "postura sensível".

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP/IP-USP

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Saúde Mental na Atenção Básica à luz da Reforma Psiquiátrica - A percepção dos profissionais de saúde quanto ao manejo das demandas de usuários com necessidades de saúde mental.

Pesquisador: Eucenir Fredini Rocha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 45436621.1.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.702.411

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa busca "Compreender como os profissionais da Atenção Básica lidam com os usuários com demandas de saúde mental no Distrito do Jardim Ângela, território de M Boi Mirim, zona Sul de São Paulo", através de uma pesquisa de abordagem qualitativa por meio de grupos focais. Apresenta TCLE e carta de anuência da Coordenadoria municipal da regional de Saúde Sul da cidade de São Paulo e o recrutamento dos/as participantes se dará por meio de sorteio entre os/as interessados/as em participar da pesquisa e cumpram os critérios de inclusão. Apresenta como "Critérios de Inclusão: Participarão da pesquisa apenas profissionais que estão atuando na Atenção Básica, no Distrito do Jardim Ângela, há um tempo mínimo de dois (2) anos, na ESF e no NASF. Caso não haja profissionais suficientes que preencham o critério acima, o tempo mínimo será reduzido para um (1) ano ou menos, em ambos os grupos de profissionais" e não apresenta os critérios de exclusão. As informações elencadas no campo "apresentação do projeto" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707714.pdf, de 08/04/2021): OBJETIVO PRIMÁRIO, METODOLOGIA PROPOSTA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa "Compreender como os profissionais da Atenção Básica lidam com os usuários com demandas de saúde mental no Distrito do Jardim Ângela, território de M Boi Mirim, zona Sul de São

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** cep.ip@usp.br

Paulo". As informações elencadas no campo "objetivos da pesquisa" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707714.pdf, de 08/04/2021): OBJETIVO PRIMÁRIO.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos: O risco associado à participação nesta pesquisa estaria relacionado à divulgação de dados pessoais e falas do sujeito participante; o que está expressamente garantido no TCLE, presente no Projeto em anexo, que não ocorrerá. Na hipótese do entrevistado se sentir constrangido, o mesmo será orientado a desistir, a qualquer tempo, da participação no grupo focal, sem qualquer prejuízo, de qualquer natureza. Benefícios: O sujeito participante da pesquisa, enquanto profissional de saúde no território objeto de estudo, será beneficiado pelo conhecimento produzido. Além dos resultados esperados, descritos no Projeto em anexo, espera se que a partir dos dados levantados, a pesquisa contribua para refletir sobre os avanços e/ou retrocessos da Saúde Mental, no contexto das práticas da AB, e produza elementos que possibilitem um atendimento mais qualificado, humano e resolutivo aos usuários, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707714.pdf, de 08/04/2021): RISCO, BENEFÍCIOS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional e unicêntrico, prospectivo, não randomizado. Caráter acadêmico, realizado como mestrado profissional - Formação Interdisciplinar em Saúde. Número de participantes incluídos no Brasil: 6. Previsão de início do estudo de campo (01/06/2021) e previsão de encerramento do estudo de campo (13/07/2021).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou pendência e Lista de inadequações"

Recomendações:

Vide campo "Conclusões ou pendência e Lista de inadequações"

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Com base RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 e na RESOLUÇÃO Nº 510, DE 07 DE ABRIL DE 2016 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto pode ser considerado aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Considerações finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, de acordo com as

atribuições definidas na Resolução CNS nº 510 de 2016, na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1707714.pdf	08/04/2021 15:33:49		Aceito
Outros	TermodeConsentimentoparaUsodeEspacoFisico.pdf	08/04/2021 15:27:37	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISA.pdf	08/04/2021 15:11:41	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMODECONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDO.pdf	08/04/2021 15:10:28	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaodeInfraestrutura.pdf	08/04/2021 14:58:00	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Declaração de concordância	AutorizacaoCoordenadoria.pdf	06/04/2021 15:52:14	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaodePesquisadores.pdf	06/04/2021 15:51:15	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	06/04/2021 15:45:29	Eucenir Fredini Rocha	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	06/04/2021 14:56:24	Eucenir Fredini Rocha	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

USP- INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 4.702.411

SAO PAULO, 10 de Maio de 2021

Assinado por:
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco G - Sala 27
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 05.508-030
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3091-4182 **E-mail:** cep.ip@usp.br