



» XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais

Diversidades e (Des)igualdades

Salvador, 07 a 10 de agosto de 2011.

Universidade Federal da Bahia (UFBA) - PAF I e II
Campus de Ondina

O CAMPO PSICOSSOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL BRASILEIRA - Uma Análise Micropolítica da Produção do Cuidado em Saúde Mental

Marco José de Oliveira Duarte

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

psicossocial.uerj@gmail.com

I. INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo repensar os referenciais teórico-conceituais no campo da saúde mental em geral e do campo da atenção psicossocial em particular, para tanto se problematiza a produção do cuidado na rede pública de saúde mental no Rio de Janeiro, a partir dos novos dispositivos técnico-assistenciais de cuidado em saúde mental, os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), tendo como contexto a atual Política de Saúde Mental.

Assim, a partir da metodologia da pesquisa qualitativa, nosso trabalho de campo foi realizado junto aos profissionais, usuários e familiares dessas instituições no município do Rio de Janeiro, e a partir da análise das entrevistas, trouxe-nos elementos para uma análise micropolítica da gestão desses cuidados aos usuários de saúde mental presentes nesse novo campo da Saúde Mental, a atenção psicossocial.

Termos como território, processo de trabalho, técnico de referência, cuidado, cidadania, acolhimento, escuta e equipe são signos presentes na narrativa e na etnografia apresentada que representam diferenças e disputas que não se restringem as questões conceituais, mas políticas e técnicas, remetendo ao processo formativo profissional e político e a percepção social, teórico e metodológica da produção da loucura nas sociedades contemporâneas.

Problematiza-se também os lugares de mandato dos CAPS frente às questões da ordem da prevenção e promoção em saúde mental em articulação a emergência das Atenção Primária em Saúde (APS), pela vida do matriciamento nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) e no Estratégia em Saúde da Família (ESFs) na Atenção Básica, colocando em cena as outras disputas presentes no território mesmo da gestão e



da produção do cuidado em saúde mental a partir dos novos serviços técnico-assistenciais.

Esse trabalho é produto de algumas reflexões críticas a partir dos resultados de uma pesquisa iniciada nos anos 1990 e em nossas atividades de assessoria (DUARTE, 2010b) junto aos profissionais lotados nos serviços de saúde mental e atenção psicossocial no município do Rio de Janeiro.

O *locus* privilegiado dessa nossa investigação coloca em particular a rede dos serviços de atenção psicossocial no foco das ações do cuidado. Assim, sistematizamos algumas preocupações analíticas para repensar o trabalho coletivo com os usuários desses serviços. Tais questões aqui trazidas e analisadas demonstram inquietações que estão presentes na gestão do trabalho no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

Entendemos que esses modelos reformadores que emergiram nos anos 1980, e que se apresentam nesses contextos institucionais e mais diretos na rede pública de saúde mental hoje, sofreram e ainda sofrem influência, mesmo na contramão do discurso manicomial e da crítica às propostas neoliberais presentes no campo, dos efeitos sérios e perturbadores de um processo de trabalho em saúde, fragmentado e centrado no modelo biomédico, que tem o corpo como lugar de intervenção do poder médico.

II. A PRODUÇÃO DE CUIDADO NO CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A desconstrução da velha ordem dominante, hegemônica e excludente, manicomial-hospitalocêntrica e a concomitante construção de novas formas de lidar com a loucura constituem um processo que vem se desenvolvendo em várias partes do mundo, desde meados do século passado, através de um trabalho permanente de crítica ao paradigma e ao poder psiquiátricos e ao modelo asilar de tratamento da loucura que a aprisiona ao saber médico, sob a forma da “doença mental”. Esse trabalho de transformação tomou caminhos diferentes de acordo com os diferentes países. Aqui no



Brasil deu-se na passagem da década de 1970 para a seguinte com o movimento da luta antimanicomial, tendo seu ápice com a Lei 10.216¹.

Há hoje toda uma rede de serviços substitutivos ao manicômio que convive ainda com o tradicional modelo asilar², mas já se mostra em franca demonstração de visibilidade concreta. Se os asilos ainda permanecem no país, como lugar de troca zero³, reforçando a periculosidade e a improdutividade dos ditos loucos, não há dúvida que a expansão dessa nova rede substitutiva ainda tímida e precária apresenta sinais de transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, e que, portanto, não se resume à desospitalização e à criação social e administrativa de novos serviços, mas que implica na reinvenção de saberes e práticas neste campo que estamos implicados ética, política e teoricamente.

Atualmente os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) ocupam um lugar privilegiado, de referência, na rede de saúde mental, constituindo-se assim o campo da atenção psicossocial. No município do Rio de Janeiro, a reestruturação da assistência teve início em 1995 (DUARTE, 2010a), quando a Secretaria Municipal de Saúde assumiu a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo inaugurados a partir de 1996

¹ Cabe sinalizar que a partir dessa legislação é que se coloca a questão da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, não mais doente mental, redireciona o modelo assistencial e define os tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória e suas formas de proceder, sempre estabelecendo que a internação psiquiátrica em qualquer das modalidades só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficiente. Inclui-se a proibição de novos leitos psiquiátricos.

² Ainda existem manicômios no Brasil, como os manicômios judiciários ou hospitais de custódia e tratamento no sistema penal, com quatro mil leitos, em 22 estados do Brasil, que ainda são um problema grave. Além disso, há 208 hospitais psiquiátricos clássicos, sendo 20% públicos e 80% privados, que são conveniados com o Poder Público. Nestes, há 35 mil leitos. Desde a implantação da política de redução do número de manicômios e hospitais psiquiátricos, de 2001 a 2008, descemos de 60 mil leitos em hospitais psiquiátricos para 35 mil, isso significa uma redução entre 2.500 e 3 mil leitos/ano.

³ Expressão cunhada por Franco Basaglia e muito difundida no Brasil, que retrata como a população usuária das instituições psiquiátricas é tratada, como o uso inadequado de medicamentos de forma prolongada, que muitas das vezes o usuário não precisa mais, o uso de eletrocunvulsoterapia (ECT) ou eletrochoque, principalmente, no setor privado conveniado, mesmo que na atualidade não seja mais dado como forma de tortura/punição e haja um certo controle na sua aplicação pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) com inclusive autorização por escrito do usuário ou da família, e o preparo do usuário que recebe todo um preparativo, incluindo anestesia geral de curta duração.



vários CAPS, que perfazem hoje, em 2009, dezessete unidades⁴, sendo três dedicadas à clientela infanto-juvenil - CAPSi e dois a usuários de álcool e outras drogas - CAPSad. Além desses, integra a rede, o serviço de atenção diária do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, o Centro Psiquiátrico Rio de Janeiro, ligado à Secretaria de Estado de Saúde e o CAPS da UERJ. A criação desta rede, entretanto, não garante, por si só, a transformação dos modos tradicionais de lidar com a loucura, pois a desconstrução da ordem manicomial excludente passa necessariamente por uma contestação radical da nossa relação com o chamado 'louco', (DUARTE, 2009) enraizado em nossa cultura profissional e institucional da vida social.

O trabalho acadêmico-profissional que desenvolvemos na rede pública de saúde mental indicou a existência de uma nova linguagem no campo da Saúde Mental, que busca refletir os novos conceitos que orientam os dispositivos assistenciais propostos em lugar da velha ordem manicomial em perceber a loucura como uma questão da existência, passando a valorizar a dimensão do sujeito enquanto cidadão, dar voz e vez, por reconhecer a subjetividade e a singularidade do portador de transtorno mental.

Assim, nesse trabalho percebemos o significativo *cuidado*, que engloba as novas práticas, utilizado de forma generalizada na legislação em saúde mental, na literatura sobre o assunto e na prática dos serviços. Este surge como substituto da noção de *clínica* - esta referida à psiquiátrica tradicional, para além dos tradicionais *cuidados médicos* - centrado nos procedimentos. Desta forma, há que salientar uma ressignificação do conceito de clínica através de uma adjetivação de *clínica ampliada*, que não mais se confunde com a clínica médica, pois não se reduz ao tratamento medicamentoso, mas incorpora outros saberes, disciplinas e práticas sócio-culturais,

“Por isso é necessário que existam serviços de atenção psicossocial que possibilitem o acolhimento das pessoas em crise, e que todas as pessoas envolvidas possam ser ouvidas, expressando suas dificuldades, temores e expectativas. É importante que sejam estabelecidas vínculos afetivos e

⁴ Dados divulgados pela Gerência dos Programas de Atenção Psicossocial da Coordenação de Saúde Mental da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro publicada em seu periódico, *Revista da Escola de Saúde Mental*, Ano 1, Nº1, (12 anos de CAPS na Cidade do Rio de Janeiro). Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, Dezembro de 2008.



profissionais com essas pessoas, que elas se sintam realmente ouvidas e cuidadas, que sintam que os profissionais que as estão escutando estão efetivamente voltados para o seu problema, dispostos e comprometidos a ajudá-las” (AMARANTE, 2007, p. 82).

Neste quadro, emerge o enunciado que tende a integrar os diferentes trabalhadores do campo em suas diversas áreas de saberes e práticas, sejam terapêuticas, clínicas e sociais, que viabilizam a rede social na forma de agenciar os diversos equipamentos presentes no *território* em que se situam os referidos serviços, na perspectiva da integralidade do cuidado e na intersetorialidade das ações institucionais para com a qualidade de vida e de saúde desses usuários.

A temática da *cidadania*, por sua vez, é o carro-chefe da Reforma, onde se evidencia sua dimensão política, que não se restringe apenas à proposta de uma revisão das formas de tratamento da loucura, mas busca dar a ela uma outra resposta social, que supere a tradicional exclusão social do louco, traduzida na aparente estigmatização e no preconceito social.

Outra temática levanta a questão paradoxal da dependência e da proteção, que emerge no conceito de tutela, entendido como responsabilidade institucional e/ou profissional, que se coloca em contraposição à autonomia necessária para a cidadania desses usuários, como segmento excluído socialmente. Por outro lado, a questão da cidadania dos portadores de transtorno mental deva inventar e construir uma clínica que se baseia em novos atributos éticos do cuidado. Desta forma, há,

“um deslocamento fundamental das mudanças, do indivíduo para a instituição e o contexto. A loucura e o sofrimento psíquico não têm mais de serem removidos a qualquer custo, eles são reintegrados como parte da existência, como elementos componentes do patrimônio inalienável do sujeito. Os conflitos são considerados constitutivos e designam o posicionamento do sujeito e o lugar sociocultural do homem” (COSTA-ROSA, 2000, p. 155).

Esses diversos conceitos que tentamos apreender apontam para os seus diferentes contextos discursivos e nosso objetivo é compreender que esse campo é constituído como em construção, heterogêneo e plural, e a Reforma Psiquiátrica é um



processo social e complexo, onde o trabalho de desconstrução da velha ordem passa por uma reflexão permanente sobre as novas práticas, suas diferenças e semelhanças em relação às práticas excludentes.

Nesse quadro, a temática da equipe, torna-se referência na busca de novos conteúdos de intervenção, na objetivação do trabalho em saúde mental. O que se leva em conta nesse modelo é o compartilhamento de competências, de responsabilidades e de atividades com os demais profissionais, sem privilégios corporativos, mas considerando as diversidades das formas de cuidar no campo psicossocial. Pois o que está colocado para o trabalho em saúde não é necessariamente a finalidade da cura, fechado no tratamento, mas *certo modo de cuidar* e, para tanto, um conjunto de tecnologias devem ser acionadas em rede.

III. ALGUMAS TEIAS DO TRABALHO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

A inserção da maioria das profissões no campo da saúde mental e atenção psicossocial remonta a própria história dessas mesmas profissões em sua gênese e institucionalização em território americano no século passado. O próprio termo psicossocial, muito caro a algumas áreas de conhecimento, está muito atrelado a uma concepção de mundo e de homem orgânicos a uma perspectiva funcionalista de sociedade e positivista de ciência.

Cabe o esclarecimento que toda uma gama de produção técnica-científica, se podemos dizer assim, influenciou e muito as primeiras sistematizações e traduções para o solo brasileiro. As escolas de formação profissional das diversas áreas de conhecimento moldaram as primeiras especializações para o campo e que remetem hoje a uma crítica ao tradicionalismos no interior das mesmas (VASCONCELOS, 2000).

É bem verdade que se muito eram as propostas de mudanças que se ventilavam na cultura profissional do campo da saúde em geral e da saúde mental em particular, continuam, no cenário profissional de hoje, nas mais sinceras das prerrogativas, um modelo de intervenção centrado no dito cidadão de direitos, um sujeito genérico que em



sua singularidade é composto de classe, sexo, sexualidade, corpo, etnia, raça, religiosidade, emoções, desejos, enfim, um signo de multiplicidades que traz a dimensão de imanência e complexidade dos usuários dos serviços sociais.

Assim, por mais que o sofrimento mental abarque também uma dimensão biológica, no caso dos usuários dos serviços de saúde mental, ele só adquire existência e significado para o sujeito como uma experiência vivida na relação com outros sujeitos. Desta forma, esse sofrimento, individual, portanto, surge em determinado contexto político, social ou econômico, e a discussão teórico-política e técnico-operativa acerca da forma de cuidar deve considerá-lo no bojo desse determinado contexto vital de existência.

Sendo assim, os trabalhadores, ao afirmar a particularidade da cidadania das pessoas portadoras de transtorno mental nos referidos serviços, não o fazem sem deixar de entender que isso é um processo mais obstaculizado do que a cidadania para o conjunto da maioria da população brasileira (BEZERRA, 1992).

Contudo, diante das reais condições de vida da esmagadora população brasileira, há uma diferença para com os usuários dos serviços de saúde mental, acrescenta-se a dificuldade com relação ao preconceito e estigma, por exemplo, no acesso ao mercado de trabalho, às atividades de lazer, aos serviços públicos da seguridade social, à educação dentre outros serviços sociais públicos.

Há que registrar também um esforço para que se firme as parcerias com as famílias, o que antes era atribuído à mesma o lugar da culpa e do não tratamento (ROSA, 2003). Percebemos no *ethos* do trabalho na produção do cuidado, mecanismos de intervenção que buscam a participação familiar, de forma a grupalizar esses sujeitos mas entendendo suas particularidades. A família contribui com o serviço, a partir da sua experiência de convívio diário com o usuário e o serviço contribui com a família a partir da vivência daquilo que o usuário é capaz de produzir, das suas relações com o semelhante e dos limites institucionais.



Portanto, é a partir desse contexto que podemos perceber o quanto que um número significativo, mas pequeno, estão presentes hoje no campo da atenção psicossocial, em particular na rede pública de saúde mental do Rio de Janeiro, seja na produção do cuidado como técnico de referência no lidar cotidiano com o usuário, seja como gestor desses mesmos serviços, ou mesmo como supervisores, lidando com a formação de novos quadros, e até na contribuição teórico-prática da problematização de casos sociais e clínicos.

Estamos demarcando um processo recente, assim, o que antes era realizado por esse profissional, não deixou de ser realizado tecnicamente, entretanto, hoje, com outro enfoque e novos conteúdos, éticos, políticos, teóricos. Essas atividades do trabalho profissional foram repensadas, demarcando uma nova percepção, um novo significado social a intervenção de outrora, articulado com os princípios do SUS, com os princípios e deliberações das Conferências Nacionais de Saúde Mental, bem como com os princípios que orientam uma nova ética do cuidado em saúde mental.

Assim, no campo da atenção psicossocial, esse trabalhador especializado pendula entre a sua competência técnica-privatista, o que é constitutivo da matéria da sua profissão, e entre a competência do campo, que são qualificados pela sua intervenção na particularidade da referida política pública, no caso, da saúde mental, caracterizado de forma interdisciplinar, operado fundamentalmente na constituição de equipes e/ou mini-equipes de referência.

Há um cardápio variado de atuação técnica, política e teórica no referido campo (VASCONCELOS, 2008), que vai desde a abordagem individual à gestão mesma do equipamento assistencial, passando inclusive por representação em espaços de controle social no setor. No entanto, temos observado, também, no cotidiano dos serviços de saúde mental, mas de forma pontual, uma habitual reificação e reatualização de práticas conservadoras e de cunho burocrático-administrativas na condução do trabalho profissional nos espaços institucionais.



Não podemos esquecer que essas ações profissionais são decorrente mesmo dos processos de renovação, crítica e resistência presente por dentro do próprio campo e na esfera da educação de nível superior, em seus embates de paradigmas e políticas (BEZERRA, 1999), desdobrando-se no interior das instituições de formação profissional, através dos assim chamados novos currículos apontando para as novas diretrizes curriculares, em especial para as profissões da área da saúde.

O cotidiano das equipes de saúde contém alguns fatores e problemas particulares que podem ser observados através da análise do processo de trabalho dessas equipes. Tal processo é definido por Oliveira e Alessi (2005) como materialização do modo de produção. Cada equipe contém trabalhadores de diferentes áreas da saúde e variados níveis de conhecimento que, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), deve trabalhar com um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, visando à integralidade do cuidado em saúde.

Tendo em vista que cada trabalho parcelar ou especializado (entende-se aqui cada área profissional) constitui um processo peculiar, com objetos próprios e saberes e instrumentos que conformam especificidades, apesar de, no conjunto, estruturarem-se sob a normatividade da ordem médica, que é hegemônica na organização das práticas de saúde. O processo de trabalho não deve ser analisado somente por seus elementos simples – objeto, meios e finalidade. Há relações sociais atravessando esse processo, como as relações entre os trabalhadores, o patronato, as condições técnicas, sociais e políticas em que o processo de trabalho se desenvolve.

Essas relações, portanto, são construídas e vivenciadas no cotidiano das instituições de saúde em geral, e da saúde mental em particular, influenciando diretamente as ações profissionais. Um usuário mais calmo, ou mais agitado, às vezes estressado, pode fazer com que algum profissional tome ou não, determinada atitude frente à sua demanda ou necessidade de saúde. Assim, o “ofício” de cuidar pode se transformar em “tecnologia”,



“Quando saberes e equipamentos e suas formas de articulação nos processos de trabalho sejam tomados na perspectiva totalizante em que correspondem, a um só tempo, à arquitetura técnica desses processos e as conexões socialmente determinadas que ligam seus agentes à dinâmica de reprodução social, a tecnologia deixa de ser o que é só nas aparências, uma opção entre as várias possíveis ainda que tomada por referência a motivações de ordem técnica e também a motivações de ordem econômica, política e social” (MENDES-GONÇALVES, 1997 Apud PITTA, 2003, p. 98).

De acordo com Pitta (2003) podemos recorrer à definição de “tecnologia de processo de trabalho’ para caracterizar o saber e a técnica dos trabalhadores enquanto instrumentos tecnológicos tão ou mais indispensáveis que os materiais e equipamentos que costumam se confundir com o próprio uso do vocábulo tecnologia, estendendo-se a esse campo de práticas, constituído desde o seu nascedouro, com uma dupla ordem de técnicas: as técnicas do poder disciplinar e as técnicas de cuidados médicos.

A história posterga bastante a entrada em cena do corpo produtivo, o corpo do trabalhador enquanto objeto das práticas de saúde. Somente na segunda metade do século XIX, é que os produtivos e não os mendigos e vagabundos se constituem clientela preferencial das preocupações sanitárias. E é também nesta época que certamente o trabalho na doença também, pressionado pela força da industrialização, vai abandonando suas características artesanais, de “ofício” e absorve as novas tecnologias, dentro de um movimento mais amplo. A medicina e suas técnicas vão sistematicamente preenchendo espaços e determinando novas formas de relação e divisão do trabalho no interior dos hospitais (Op. Cit).

Durante a prevalência desses modelos hegemônicos, o médico desempenhava todas as etapas do processo de trabalho do cuidado em saúde. Com o surgimento do hospital moderno houve a necessidade de trabalhos “infra-estruturais”. Por conta disso, o trabalho médico passou a ser um trabalho coletivo, surgindo, assim, a enfermagem moderna e outras profissões que atuavam na área da saúde, como a psicologia, o serviço social, a nutrição, a fisioterapia, entre outras (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

No processo de produção científica do século XX houve uma preocupação em estabelecer conexões entre os diferentes campos do saber que se tinham estruturado ao longo dos séculos anteriores, principalmente no século XIX. Dando seqüência a esse



processo, nas últimas décadas do século XX, no campo da saúde, começou a ganhar força a necessidade do trabalho em equipe para responder à realidade complexa com a qual os trabalhadores da área lidam cotidianamente.

Assim, os saberes vinculados à saúde se enfrentam com o desafio de produzir uma prática que, associando seus diferentes enfoques, consiga dar conta da realidade e da complexidade das necessidades em saúde.

Desta forma, é necessário compreender o *objeto do trabalho*. O objeto de trabalho em saúde ainda está muito focalizado no corpo humano, em suas dimensões objetivas, mas também compreende as relações históricas. Assim o objeto de trabalho em saúde, que compreende as necessidades de saúde de uma população, é historicamente determinado.

A saúde, a doença, a mente, o cuidado, foram elevadas ao campo do trabalho através dos saberes profissionais para subsidiarem as práticas dos profissionais de saúde. A dificuldade de materialização desses construtos na ação dos profissionais dificulta a intervenção dos mesmos. Contudo, há algo que é comum entre os diferentes processos de trabalho – o contato com o usuário – no qual esses construtos se corporificam. Sendo assim, os objetos dos diferentes saberes da área de saúde não devem ser pensados fora das relações entre os sujeitos.

Sendo assim, cada um desses objetos deve estar reunido em um “objeto” único e comum que é o usuário. Além disso, é fundamental observar que o usuário não é um sujeito passivo neste processo. São atores com histórias de vida singulares e diferentes expectativas de vida e não contém simplesmente conceitos abstratos.

Desta forma, fatores como o grau de instrução da pessoa, suas crenças religiosas e sua ocupação profissional passam a ter uma influência direta na constituição dos processos de trabalho em saúde, fornecendo características às práticas dos profissionais.



No entanto, é importante ressaltar que o conceito de saúde aqui utilizado, é condicionado por particularidades do meio de vida dos usuários, particularidades estas que também influenciam nas ações dos profissionais do campo.

Considerando o processo de trabalho enquanto uma totalidade, confirmando a idéia de cuidado proposto pelo SUS a partir da integralidade, podemos afirmar que o trabalho humano é sempre mediado, posto que entre a atividade de trabalho e o seu objeto situam-se os *meios de trabalho*, que são os instrumentos utilizados para se alcançar os objetivos propostos.

O fato do objeto de trabalho estar subjetivado nos usuários dos serviços de saúde faz com que haja necessidade de modificações nos processos de trabalho, que ocorrerão nos meios de trabalho. Muda-se tanto a forma de utilizá-los, quanto à importância dada a instrumentos anteriormente negligenciados.

Além dos objetos e meios de trabalho, há outro fator que é importante ser observado no processo de trabalho de uma equipe de saúde, a autonomia dos profissionais. Faz-se necessário um coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelo trabalho em saúde. Essa autonomia, contudo, se constitui como uma “liberdade” do trabalhador para tomar decisões e atitudes, em que o usuário vai contar com a competência, o bom senso e a ética do profissional para receber um atendimento de qualidade na perspectiva da integralidade do cuidado.

Essas relações, portanto, estão contidas justamente nas relações políticas que se realizam enquanto modos técnicos de produzir os atos de cuidar, que expressam as muitas possibilidades que os projetos (de cada um dos atores) em jogo podem adquirir e das capacidades que os atores em cena podem produzir em matéria de acordos e controles, nas situações que lhes são colocadas.

Estes processos são atributos do trabalho em saúde que pode ser realizada por qualquer trabalhador em saúde e focá-lo é criar a possibilidade de “pensar” a “micropolítica do processo de trabalho” e suas implicações no desenho de determinados



modelos de atenção, ao permitir pensar sobre os processos institucionais por onde “circulam” o trabalho em saúde, expondo o seu modo particular de agir que provoque um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, a partir de uma ótica centrada no usuário.

IV. TRANÇANDO CONCLUSÕES:

Neste sentido, no desenvolvimento da pesquisa, investimos no estudo dessas novas produções do cuidado presentes no modelo da atenção psicossocial, procurando apreender as diferenças e semelhanças em face do modelo tradicional médico-hospitalocêntrico, analisando a diversidade de sentidos presentes nos novos territórios técnico-assistenciais de saúde mental.

O sujeito em *existência-sofrimento* pelo seu modo de “andar a vida”, quando se encontra em um desses serviços de saúde mental, é objeto de um conjunto de saberes e intervenções assistenciais. Isto nos permite levantar a hipótese de que os aparelhos e ferramentas de trabalho que estão presentes no trabalho de saúde mental como acolhimento, escuta, grupos e oficinas, assembléias e reuniões, podem ser pensados em termos de tipos de tecnologias, pois operam conhecimentos. Essas tecnologias não são exclusividades terapêuticas nem mesmo especialidades de nenhuma categoria profissional, mas da centralidade do ato cuidador no usuário pela equipe dos cuidadores, e como assistentes sociais, constituímos esse trabalho coletivo.

Podemos perceber que dentre as diversas considerações sobre os temas trabalhados nesse trabalho, todos se voltam a uma questão comum: a garantia dos direitos de cidadania aos portadores de transtorno mental no cuidado e no território. Por um lado, historicamente, esses usuários foram tutelados, por outro, no contexto de nossa realidade social, são obrigados a lidar com o desemprego, a miséria, a precarização dos serviços públicos em geral e a redução dos direitos.

Observamos que há uma angústia que assombram os trabalhadores do setor em relação à rede pública dos serviços sociais em geral, que deveriam subsidiar esse



cuidado aos usuários, considerando que esses não se resumem aos sintomas psicopatológicos de seus diagnósticos, necessitando, para dar continuidade ao cuidado dispensado pela equipe de saúde, de boa alimentação, moradia, transporte, renda, acesso aos serviços de saúde, a escola, ao trabalho e ao lazer.

Por outro lado, mesmo que aparentemente, a função primeira dos serviços de saúde seja a clínica, ou seja, o tratamento terapêutico dos que sofrem, até porque ninguém que sofre reivindica cidadania em primeiro plano, dentro desse campo específico, essa clínica não se limita ao sofrimento psíquico dos seus usuários. Logo suas outras demandas também precisam ser atendidas, na perspectiva da integralidade e da intersectorialidade que envolvem esses sujeitos. Desta forma, entende-se que os referidos serviços de saúde são espaços complexos que não se restringem a uma produção de cuidado nele mesmo, mas operam agenciamentos coletivos, porque as outras demandas atravessam e integram o referido campo.

E para finalizar, outra questão que se coloca é que a rede de saúde mental deve se iniciar na eficiência dos serviços ambulatoriais em parceria com os CAPS, reduzindo as possibilidades de crise para que não seja necessário recorrer às enfermarias para as internações, além de se estender aos demais serviços, a todos aqueles que se referem à condição de cidadão pretendido. Bem como relacionar na atenção básica, através de suporte matricial ao Estratégia de Saúde da Família e tantas outras possibilidades presentes também na esfera do laser e da cultura, como formas de intervenção social e política de promoção da saúde e defesa intransigente da vida individual e coletiva que estamos todos implicados enquanto sujeitos e cidadãos.

V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AMARANTE, P. (Org.). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.



BEZERRA, B. Jr. “Cidadania e Loucura: Um Paradoxo?” In: BEZERRA Jr., B. e AMARANTE, P. (Orgs.) *Psiquiatria Sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.

_____. “A diversidade no campo psiquiátrico: pluralidade ou fragmentação?” In: *Cadernos IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ*, nº14. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999.

BRASIL. *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. Brasília: MS, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAPONI, S. *Da Compaixão à Solidariedade: Uma genealogia da assistência médica*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e importância do discurso médico*, São Paulo: Brasiliense, 1978.

COSTA-ROSA, A. “O Modo Psicossocial: Um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar”. In: AMARANTE, Paulo (Org.) *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

DUARTE, M. J. O. e ALENCAR, M. M. T. de (Org). *Família e Famílias: Práticas Sociais e Conversações Contemporâneas*. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Lumen-Juris Editora, 2011.

_____. “O campo da atenção psicossocial na política de saúde mental e o serviço social: Considerações sobre o *ethos* do cuidado” In: FORTI, V e GUERRA, Y (Org.) *Serviço Social: Temas, Textos e Contextos – Coletânea Nova de Serviço Social*. Rio de Janeiro: Lumen-Juris Editora, 2010a.

_____. “Assessoria na área de Serviço Social e Saúde Mental: Conversações”. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (Orgs). *Assessoria, Consultoria & Serviço Social*. 2ª Edição. São Paulo: Cortez Editora, 2010b.



_____. “Por uma cartografia do cuidado em saúde mental: repensando a micropolítica do processo de trabalho do cuidar em instituições”. In: BRAVO, M. I. de S. et al. (Org.). *Saúde e Serviço Social*. 4ª Edição. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVEIRA, A. G. B. e ALESSI, N. P. *Superando o Manicômio? Desafios na construção da Reforma Psiquiátrica*. Cuiabá: EdUFMT/FAPEMAT, 2005.

PITTA, A. *Hospital: Dor e Morte como ofício*. São Paulo: HUCITEC, 2003.

ROSA, L. *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo; Cortez, 2003.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens Psicossociais*. São Paulo: HUCITEC, 2008.

_____. (Org.). *Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez, 2000.