



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

AGATHA CRISTINA PEREIRA CARLOS DOS SANTOS

**OS ATRAVESSAMENTOS SOCIAIS QUE PERPASSAM A VIDA DE UMA
MULHER EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Rio de Janeiro
2022

AGATHA CRISTINA PEREIRA CARLOS DOS SANTOS

**OS ATRAVESSAMENTOS SOCIAIS QUE PERPASSAM A VIDA DE UMA
MULHER EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Débora Holanda Leite Menezes

Rio de Janeiro
2022

AGATHA CRISTINA PEREIRA CARLOS DOS SANTOS

**OS ATRAVESSAMENTOS SOCIAIS QUE PERPASSAM A VIDA DE UMA
MULHER EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Rio de Janeiro, 12 de dezembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Débora Holanda Leite Menezes
Orientadora
UFRJ

Prof.^a Dr.^a Cibele Henriques Silva
IPUB/UFRJ

Prof.^o Dr.^o Marcos Paulo Oliveira Botelho
UFRJ

AGRADECIMENTOS

Ao Senhor da minha vida, que nunca me deixou, que quando pensei em desistir, vida e ânimo foram soprados em meu espírito para continuar. Nada disso seria possível se não fosse pela Graça e Misericórdia dEle.

Ao meu pai e ao meu avô, minha profunda gratidão, por sustentarem minha formação em sua integralidade. Nos meus dias mais difíceis, eu trazia a memória o suor e o trabalho de vocês, pois, sei que para vocês não existe tempo ruim, doença, cansaço, preguiça, só existem duas coisas: palavra e trabalho, e através de muito trabalho e renúncia eu concluo essa etapa. Obrigada por estarem sempre ao meu lado de maneiras diferentes. Sempre será uma das minhas missões de vida servir e amar vocês.

À minha mãe por me ajudar a trilhar esse caminho de maneira mais leve, por me ajudar a silenciar meus temores, seu olhar para vida me tornou uma pessoa mais forte, sua decisão em se aproximar nos momentos difíceis e permanecer me fortaleceu como pessoa, me impulsionou a continuar produzindo o que acredito, sua escuta inquieta em meio a tanta coisa que eu lhe trazia de reflexão e análise me fez acreditar que era possível e me escutar também no meio disso.

Aos meus irmãos, Júlia Santana, João Pedro e David Lucas, o elo e amor mais puro, eu dedico este trabalho. A Júlia, pela parceria, pela ajuda nos momentos em que o cenário era o mais caótico possível e de você eu recebi acolhimento. Obrigada!

Ao João, pela nossa conexão infinita, ao abraço apertado, ao amor me dado a cada ida minha a sua casa, obrigada por seu olhar compreensivo direcionada a mim quando eu estava aos pedaços devido a rotina insana, só precisando de fôlego para continuar e é isso que você é capaz de me proporcionar. Obrigada!

Ao David, minha fonte de força e inspiração. Peça fundamental, amor mais singelo e literal. As limitações que a sociedade o impõe pelo autismo, a sua sensibilidade frente ao mundo e a forma com que você desbrava os locais, os sons, mesmo com receio, me fizeram entender que a maior fragilidade estava em mim e não em você, você é expressão de força. Obrigada, meu amor! Eu te amo!

A todos os docentes da ESS/UFRJ que desempenharam incontáveis contribuições para a minha trajetória acadêmica.

Ao campo que realizei meus três níveis de estágio e a todos os profissionais que fazem parte dessa rede, em especial minha supervisora de campo Cristiane dos Santos, que tornou

possível minha aproximação e prática profissional com as mais diversas questões que perpassavam o usuário em sofrimento psíquico, agradeço por ir a campo comigo e mostrar a realidade do trabalho na atenção psicossocial.

Ao coletivo Frente Estamira de CAPS, coordenado pelo Prof. Pedro Gabriel Godinho Delgado e Leandro Pacheco, e pelos demais extensionistas, sendo outro espaço que pude me aproximar dos diálogos e debates que perpassam a saúde mental, minha gratidão por esse coletivo e todas as trocas proporcionadas através de sua criação e sustentação.

A minha orientadora, Professora Débora Holanda pela troca de saberes, apoio e paciência na construção desta monografia, que muito me atravessou e instigou.

Metade

Que a força do medo que tenho
Não me impeça de ver o que
anseio;
Que a morte de tudo em que
acredito
Não me tape os ouvidos e a boca;
Porque metade de mim é o que eu
grito,
Mas a outra metade é silêncio...
(...)

Que as palavras que eu falo
Não sejam ouvidas como prece
E nem repetidas com fervor,
Apenas respeitadas como a única
coisa
que resta
A um homem inundado de
sentimentos;
Porque metade de mim é o que
ouço
Mas a outra metade é o que calo
...
(...)

Oswaldo Montenegro

SANTOS, Agatha Cristina. **OS ATRAVESSAMENTOS SOCIAIS QUE PERPASSAM A VIDA DE UMA MULHER EM SOFRIMENTO PSÍQUICO**, em Rio de Janeiro - RJ. Monografia (graduação) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

RESUMO

O estudo reflete uma breve análise acerca dos impactos das múltiplas expressões da questão social vivenciada por mulheres acometidas por transtorno psiquiátrico que acessam o Sistema Único de Saúde - SUS, em específico os Centro de Atenção Psicossocial - CAPS. A construção deste trabalho teve como foco discutir a Política de Saúde no Brasil, o destaque dos CAPS como dispositivo central de cuidado destas mulheres e a experiência de estágio vivenciada em um CAPS III localizado na Zona Sul do Rio de Janeiro. Para tal realizou-se uma revisão bibliográfica e documental, sendo utilizados para fins de pesquisa os documentos normativos, de caráter público, literaturas que dialogam com a temática e os diários de campo que produzi ao longo da minha inserção na atenção psicossocial, a fim de aproximarmos de uma análise crítica em relação a mulheres que necessitam de cuidados formais em saúde mental que possuem múltiplas necessidades de suporte e políticas públicas. Apresentou-se como resultado que a maior prevalência de transtorno mentais se dá em mulheres, consoante a sobrecarga de cuidados e estrutura patriarcal que estas estão inseridas.

Palavras-chave: saúde mental da mulher; atenção psicossocial; seguridade social, cuidado

SANTOS, Agatha Cristina. THE SOCIAL ATTRESSES THAT PASS THROUGH THE LIFE OF A WOMAN IN PSYCHIQUIC SOFFERING, in Rio de Janeiro - RJ. Monograph (undergraduate) - Center for Philosophy and Human Sciences, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2022.

ABSTRACT

The study reflects a brief analysis of the impacts of the multiple expressions of the social issue experienced by women suffering from psychiatric disorders who access the Unified Health System - SUS, specifically the Psychosocial Care Center - CAPS. The construction of this work focused on discussing the Health Policy in Brazil, the emphasis of CAPS as a central device of care for these women and the internship experience in a CAPS III located in the South Zone of Rio de Janeiro. For this, a bibliographic and documental review was carried out, using for research purposes the normative documents, of public character, literature that dialogues with the theme and the field diaries that I produced during my internship in a CAPS, in order to approach a critical analysis in relation to women who need formal care in mental health that have multiple needs of support and public policies. The result was that the highest prevalence of mental disorders occurs in women, which is a consequence of the overload of care and the patriarchal structure in which we women are inserted.

Keywords: women's mental health, psychosocial care; social security, care

LISTA DE SIGLAS

ABP Associação Brasileira de Psiquiatria

ABRASCO Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad Centros de Atenção Psicossocial de Álcool de Outras Drogas

EC 95 Emenda Constitucional nº 95

MS Ministério da Saúde

MTSM Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

OMS Organização Mundial da Saúde

PNSM Política Nacional de Saúde Mental

PTS Projeto Terapêutico Singular

PVC Programa De Volta Para Casa

RAPS Rede de Atenção Psicossocial

RT Residência Terapêutica

SUS Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1	15
POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	15
1.1 Saúde como Paradigma	15
1.1 O Paradoxo da Reforma Sanitária	15
1.2 A Promoção Integral da Saúde da Mulher.....	55
CAPÍTULO 2.....	25
O DESTAQUE AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	25
2.1 A Reforma Psiquiátrica	25
2.2 Movimentos Sociais da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial.....	32
2.3 A Remanicomialização da Política de Saúde Mental	32
CAPÍTULO 3.....	42
A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III	
DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.1	42
3.1 Apresentando a Instituição	42
3.2 Perfil dos Usuários	45
3.3 Reflexões e inquietações a partir da experiência de estágio	45
3.4 Serviço Social e Saúde Mental	45
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	60
REFERÊNCIAS	62

1 INTRODUÇÃO

*“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais,
humanamente diferentes e totalmente livres”*

Rosa Luxemburgo

A presente elaboração teórica trata-se de trabalho de conclusão do curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e busca analisar criticamente os impactos das múltiplas expressões da questão social sobre a saúde mental das mulheres atendidas pelos equipamentos do Sistema Único de Saúde, em específico os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

O interesse acerca deste tema surgiu em virtude de experiências vivenciadas durante o estágio supervisionado em Serviço Social realizado em um Centro de Atenção Psicossocial III, responsável pela área programática municipal 2.1 – Zona Sul do Rio de Janeiro, no ano de 2021 e 2022, consoante a minha aproximação ao Hospital Phillippe Pinel e ao Instituto de Psiquiatria da UFRJ, no qual pude atender e acompanhar diversas mulheres de diferentes recortes sociais e evolução distinta de seu quadro mental. Além disso, nesse período houve minha inserção no Projeto de Pesquisa e Extensão Frente Estamira de CAPS, coordenado pelo Prof. Pedro Gabriel Delgado, vinculado à UFRJ, projeto que propiciou-me um maior aprofundamento teórico relativo à temática da saúde mental e seu atual desmonte.

Durante o estágio supervisionado surgiu o questionamento: de que modo as múltiplas expressões da questão social impactam na saúde mental da mulher com transtorno psiquiátrico? Em análogo, expresso como exemplo o acompanhamento que realizei do caso de uma mulher moradora na parte periférica da Zona Sul do Rio de Janeiro e a outra na parte nobre. A primeira teve, no recorte de tempo citado, piores significativas de seu quadro - como acolhimento noturno de três meses e a segunda diante da crise, apresentou maior estabilidade e melhora do quadro ao longo do ano.

A mulher com condição social e intelectual escassa, os profissionais obtiveram maiores dificuldades com o trabalho em família, não sendo possível ser feito inúmeras vezes pela recusa da família, já o trabalho com a mulher com nível superior completo houve mais articulações com a família. Ambas possuem a mesma faixa etária de trinta anos e são mães, a primeira teve sua filha retirada e a segunda possui o auxílio de uma babá.

A partir dessas questões começo a refletir sobre os atravessamentos sociais que perpassam a vida de uma mulher com transtorno psiquiátrico e o quanto com as múltiplas

expressões da questão social podem acarretar na agudização desse sofrimento. De modo sequente, pontua-se que a relação entre mulher e loucura tem se apresentado como desafio e convocação no campo crítico da Reforma Psiquiátrica. Sendo assim, pensar mulheres a partir do campo saúde mental implica considerar, que, tanto os saberes quanto as instituições ligadas ao aprisionamento da loucura apresentam interseções das relações sociais que não se resumem a gênero, mas que se entrelaçam, nele e em outras relações sociais, na sustentação da sociedade capitalista (BASAGLIA, 2010a ,2010b; DAVIS, 2018).

Destarte, a interseccionalidade é um termo que foi popularizado pela feminista norte-americana Kimberlé Crenshaw, simbolizando uma abordagem multidisciplinar indispensável nas teorizações feministas e antirracistas, não apenas sobre as diversas formas de dominação e subordinação, como também sobre as formas de luta e organização política (CRENSHAW, 2002). Sendo assim,

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação, tratando especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras. Além disso, a interseccionalidade trata da forma como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo de tais eixos, constituindo aspectos dinâmicos ou ativos do desempoderamento. (CRENSHAW, 2002, p.177)

Quem são as mulheres atravessadas pelas múltiplas questões da questão social e pelo diagnóstico psiquiátrico e como as questões de classe e raça se apresentam quando interseccionalizadas com gênero, no cotidiano da Reforma Psiquiátrica Brasileira? Como as condições familiares, sociais, intelectuais, financeiras, entre outras, possibilitam ou não seu protagonismo? (PEREIRA, 2019a).

Para tanto, realizaremos a revisão de produções acadêmicas, tendo como principais referenciais teóricos autoras e autores do campo do Serviço Social e das Ciências Sociais em geral. Dentre eles se destacam Rachel Soares, Ana Vasconcelos, Paulo Amarante e Eduardo Vasconcelos. Também serão utilizados os registros do diário de campo, produções audiovisuais e legislações vigentes como: Lei 8080/1990 e Lei Paulo Delgado 10.216/2001.

Concordantemente, o objetivo geral do estudo é analisar os estigmas e os atravessamentos sociais vivenciados por mulheres dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS no tocante ao acesso a serviços do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando o novo modelo de atenção em saúde mental, pós-reforma Psiquiátrica Brasileira. Nos objetivos específicos foram determinadas as fases de investigação, sendo elas: a caracterização da

Política de Saúde no Brasil, possibilitando a reflexão dos compromissos da política de saúde e a integralidade deste cuidado, tendo em vista, que pensar o usuário da saúde mental é reconhecer que este circula pelas políticas sociais, a reflexão sobre a discussão da atenção psicossocial e a real vivência de estágio.

Nesse caminho o presente estudo divide-se em três partes primordiais para o aprofundamento desta temática: no primeiro capítulo é apresentado uma retrospectiva da Política de Saúde no Brasil e seu diálogo com a saúde mental, reconhecendo suas fragilidades e a contrarreforma em curso no SUS materializado. Já no segundo capítulo, buscamos aprofundar o debate da atenção psicossocial, evidenciando a centralidade dos CAPS para o cuidado integral de indivíduos portadores de transtornos mentais. Por fim, o terceiro capítulo, tratará sobre a experiência de estágio em um CAPS III responsável pela A.P 2.1, onde apresentou-se a instituição, a análise do perfil dos usuários baseado nos prontuários disponíveis no serviço concomitante ao estudo do diário de campo, realizado na disciplina de Orientação Profissional II. Por fim, aprofundaremos as questões que são negligenciadas no que concerne às mulheres que necessitam de cuidados formais na saúde mental.

CAPÍTULO 1

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: UMA BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

A promulgação da Constituição Federal de 1988 trouxe uma série de avanços no âmbito das políticas sociais e, particularmente, na política de saúde enunciando a Reforma democrática do Estado. Entretanto, a partir dos dilemas e contradições do contexto neoliberal iniciou-se a restrição e redução dos direitos sociais e o desarranjo das diretrizes do Sistema Único de Saúde, repercutindo na baixa qualidade dos serviços em contraposição aos princípios de universalidade, integralidade, descentralização e participação popular.

Desse modo, este capítulo tem por finalidade apresentar os principais aspectos históricos da Política de Saúde no Brasil, sua inserção na seguridade social, fruto da luta dos movimentos sociais e a construção do SUS. Ao final deste item, será abordado como essa política impacta no agravamento da situação de saúde de mulheres acometidas por transtorno psiquiátrico que dependem do sistema único de saúde.

1.1 Saúde como Paradigma

A VIII Conferência Nacional ¹de Saúde, de 1986, possui um papel fundamental na construção do que se configura o Sistema Único de Saúde, pois lança os princípios básicos para formulação de uma nova política de saúde, baseado na utilização do conceito ampliado de saúde, reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado, necessidade de controle das políticas adotadas e constituição e ampliação do orçamento social. Em análogo, o relatório da Conferência serviu de base, nos aspectos referente à saúde, para elaboração da nova Constituição Federal, nas diretrizes e nos princípios do SUS. Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal, estava criado, constitucionalmente, o Sistema Único de Saúde, regulamentado pelas Leis nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

¹ As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) representam um importante momento de avaliação da situação da saúde no país e de formulação de diretrizes para as políticas públicas no setor, reunindo cidadãos pela defesa da garantia de direitos, em atenção às necessidades da população. No Brasil, até o momento foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde, sendo em 1941, 1950, 1963, 1967, 1975, 1977, 1986 – marco da instituição do SUS, seguido dos anos de 1992, 1996, 2000, 2003, 2007 e a realização da última dada em 2011. Disponível em: portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude

Com isso, o paradigma de saúde como um processo de determinação não somente biológico, mas social orientou muitas das proposições do movimento de democratização da saúde, não apenas no que se referia à saúde do trabalhador e às políticas de saúde, mas naquilo que dizia respeito a uma totalidade de mudanças que passava pelo setor saúde e implicava alterações mais profundas em outros setores, no Estado, na sociedade e nas instituições (PAIM, 1992).

Nessa direção, Laurell (1983), determina o processo saúde doença pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. Entende-se assim, a necessidade de se avançar de uma posição de crítica à explicação biológica da doença para a construção de uma interpretação distinta do processo saúde-doença que, tendo como eixo seu caráter social, pode impulsionar a geração de um novo conhecimento a seu respeito, não residindo a importância disso somente no fato de se poder agregar alguns elementos novos, mas de se oferecer a possibilidade de abordar toda a problemática de saúde a partir de um ângulo diferente, isto é, como fenômeno coletivo e como fato social.

Neste contexto, de VIII Conferência Nacional de Saúde e debate sobre a concepção de saúde que nasce a frase: “Saúde é Democracia”, isto é, passou-se a perceber que não era possível melhorar o nível de vida da população brasileira enquanto persistisse neste país, um modelo econômico concentrador de renda e um modelo político autoritário que não possui como prioridade a questão social. A partir disso, se faz necessário entender o que José Paulo Netto (2001)² traz sobre o conceito de “questão social”, sendo um objeto de estudo do Serviço Social, apontando, assim, as cinco notas do que ele compreende a respeito da “questão social”.

Sendo uma delas a naturalização da questão social pela classe dominante, perdendo assim seu caráter histórico, sendo percebida como algo ineliminável de toda e qualquer ordem social, podendo ser reduzida e minimizada. Desse modo, se temos a naturalização operante da questão social em nossa sociedade, conseqüentemente temos o desprezo em relação às múltiplas expressões da questão social vivenciadas pela sociedade, ocasionando o agravamento destas expressões sobre a população mais vulnerável como as mulheres portadoras de transtornos mentais.

² Texto de José Paulo Netto intitulado “As Cinco Notas a propósito da Questão Social”, o texto propõe uma discussão importante para os assistentes que atuam na perspectiva de investigação da realidade social.

1.2 O Paradoxo da Reforma Sanitária

Considera-se como resultado da VIII Conferência Nacional de Saúde e da promulgação da Constituição de 88, o Movimento da Reforma Sanitária que tomou força no final do regime militar na década de 1970, sendo até então observada a consolidação de um modelo hospitalocêntrico e medicalizante ancorado em uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada entre médico e paciente e entre serviços de saúde e população.

O movimento sanitário, iniciado nos departamentos de Medicina Preventiva e Social das universidades, reivindicou um novo conceito de saúde que considerasse não só a dimensão social no processo saúde doença, indicando uma ruptura na forma como se pensava esse processo.

Esses intelectuais articularam-se com os movimentos sindical e popular em defesa da redemocratização da sociedade, tendo como estratégia a reforma sanitária. Como aponta Joel Birman (2005), as pressões desse movimento conseguiram exercer influência nas políticas de saúde adotadas pela Nova República, fortalecendo a participação e início da descentralização dos serviços de saúde.

De acordo com Fleury (2009), o movimento que impulsionou a Reforma Sanitária³ brasileira colocou-se como projeto a construção contra hegemônica de um novo patamar civilizatório, o que implica uma profunda mudança cultural, política e institucional capaz de viabilizar a saúde como um bem público. Os princípios que orientaram este processo foram: um princípio ético-normativo que insere a saúde como parte dos direitos humanos; um princípio científico que compreende a determinação social do processo saúde doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de uma forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa até a reabilitação.

No entanto, a construção do Sistema Único de Saúde, aprovado na Constituição Federal de 1988, ocorreu em um contexto em que a disputa ideológica favoreceu amplamente

³ Reforma Sanitária: conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas – pode ser visualizada após a 8ª CNS com as iniciativas de implantação do SUDS, CNRS, promulgação da Constituição de 1988 e, especialmente, a partir da produção de fatos político-institucionais na conjuntura pós-88. Esse processo envolve um conjunto complexo de práticas (inclusive práticas de saúde) que integram a totalidade social, não se esgotando nas práticas teórica, política e ideológica. Disponível em: pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria

o projeto neoliberal, reorganizando as relações entre Estado e sociedade em bases distintas daquelas pressupostas pelos formuladores do SUS. Desse modo, na luta ideológica pela construção da saúde como um valor público, há um retrocesso importante, no qual a saúde passa a ser vista como um bem de consumo. Este contexto no qual o movimento da reforma sanitária constrói a sua institucionalidade é, pois, altamente desfavorável e cheio de dilemas e contradições a serem enfrentados.

Nesse sentido, Fleury (2009) assinala que a construção e materialização do projeto da reforma se dão por meio de três processos que, embora simultâneos, têm compassos distintos e tais descompassos geram novas tensões e algumas complementaridades. São eles os processos de subjetivação, de constitucionalização e de institucionalização. A subjetivação diz respeito à construção de sujeitos políticos, a constitucionalização trata da garantia de direitos sociais e a institucionalização trata do aparato institucional – incluindo os saberes e práticas – que implementam a política de saúde.

Para Fleury (2009), há um paradoxo na reforma sanitária brasileira, na medida que ao mesmo tempo que o movimento obteve êxito, em condições adversas, ele também transformou-se em uma política pública com capacidade reduzida de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído - SUS se impôs ao instituinte - contexto neoliberal, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. Desse modo, para o SUS histórico, ser instituído, de fato, no lugar do SUS materializado, atualmente, será necessário a construção de novos sujeitos para transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se - saberes e práticas que complementam a política de saúde.

Destaca-se, assim, a concepção de saúde adotada pela Constituição Federal de 1988 através dos artigos 196 a 199, sendo a saúde um direito de todos e dever do Estado; cabendo ao Poder Público a fiscalização e controle, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, como diretrizes das ações do serviço público temos: a descentralização com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade, já o artigo 199 expressa a permissão de iniciativa privada na assistência à saúde, evidenciando a contradição existente em nossa constituição advinda do contexto neoliberal.

De acordo com Paim (1997), a partir da Constituição de 1988, a saúde passou a ser reconhecida como um direito social, isto é, inerente à condição de cidadão. Assim, coube ao

poder público o encargo de garanti-lo. Com base na concepção de seguridade social⁴, o SUS, supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e de equidade, sem discriminações ou privilégios, buscando romper com noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal a partir do afrouxamento entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos.

Ante o exposto, os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades com fundamentos nos princípios de justiça social, o que obriga estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais (FLEURY,1994).

De modo sequente, o Sistema Único de Saúde compreende como diretrizes a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática, assim como a descentralização; participação da comunidade; divulgação de informações; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; integração, em nível executivo, das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Conforme a análise de Paim (1997), os princípios e diretrizes do SUS, mostram-se contraditórios à medida que em um artigo enuncia a saúde como um bem público e um direito de todos e no artigo seguinte, expressa que esta é livre à iniciativa privada. Esta contradição presente na constituição deu respaldo constitucional para uma ampla expansão do setor privado enquanto se implantava o SUS. Além disso, o que estamos vivenciando hoje de uma forma ainda mais intensa é de que não é mais o setor privado de saúde trabalhando pelos seus próprios méritos e recursos, mas sim um setor privado estimulado e apoiado pelo Estado.

A partir do exposto, detemos do que denominamos como contrarreforma da política de saúde no Brasil,

Sendo as estratégias adotadas para materializar essa contrarreforma, a incorporação paulatina de novos modelos e instrumentos de gestão e do subfinanciamento crônico; a ampliação precarizada, fragmentada e restrita do sistema; a refuncionalização dos princípios e diretrizes do SUS e do projeto de reforma sanitária que tem seus conteúdos ressignificados (SOARES, 2010).

Em consequência, a universalidade aos serviços de saúde transforma-se em acesso

⁴ De acordo com Fleury (1994), o modelo de seguridade social foi originalmente proposto por Beveridge, definindo-o, em seu informe de 1942, como "a manutenção dos ingressos necessários à sobrevivência". Tratava-se de um plano de seguros sociais baseado em seis princípios fundamentais: "uniformidade da taxa do benefício de subsistência; uniformidade da taxa de contribuição; unificação da responsabilidade administrativa; suficiência

focalizado aos mais pobres; a equidade que remete ao direito que todos têm ao atendimento no SUS, se materializa na focalização precarizada do atendimento; a integralidade que prevê o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos em todos os níveis de complexidade transforma-se em atenção básica, média e alta complexidade focalizada na pobreza; a descentralização político-administrativa se materializa em descentralização com desresponsabilização da União; o direito de participação de todos os segmentos envolvidos vira instâncias de controle desvalorizadas e burocratizadas; o financiamento solidário entre as três esferas de governo se materializa em subfinanciamento e maior responsabilização do nível municipal e pôr fim a gestão pública com social é refuncionalizada como gestão através de organizações sociais ou fundações estatais de direito privado (SOARES, 2010).

Desse modo, essa refuncionalização dos princípios/diretrizes do SUS distingue o SUS histórico do SUS atualmente materializado. Além dessa característica temos o transformismo de muitas lideranças do movimento sanitário que tornaram-se defensores e formuladores da contrarreforma. Para Braga (1996), a estratégia transformista possibilita uma defesa “dosificada” - escamoteada, da reforma sanitária, ao mesmo tempo um empobrecimento de sua radicalidade, de maneira que a contrarreforma realiza-se molecularmente. Nesse sentido, a racionalidade hegemônica hoje no SUS agrega elementos do projeto de reforma sanitária, mas rompe com a sua tradição essencialmente progressista, com a sua radicalidade mesmo dentro da ordem do capital.

Nesse contexto, opera-se uma ação ilusionista, na medida, que cria-se uma entidade que afirma ser meio pública e meio privada aglutinando os interesses do espaço público e a eficácia e agilidade da lógica privada. Para Soares (2010), uma das estratégias centrais em curso para efetivação da contrarreforma é a desvalorização da gestão pública tradicional, associando as suas formas de controle à rigidez e à burocracia incompatível com as demandas atuais e os novos padrões tecnológicos e organizacionais.

Desse modo, o espaço público adentra a lógica privada. Com isso, o privado adentra a saúde pública de forma institucionalizada no âmbito da gestão sob a forma de uma racionalidade empresarial e seus instrumentos administrativos-gerenciais como a contratualização por metas.

A partir disso, Soares 2010, identifica que as principais tendências que a racionalidade

da contrarreforma implementada no SUS, são a tecnificação da saúde, a ampliação restrita, a ênfase na precarizada, focalizada e emergencial, a privatização e mercantilização da saúde pública a precarização, e superexploração do trabalho na saúde pública e a promoção da saúde restrita, acarretando, assim, duros impactos para as práticas em saúde.

Posto isso, temos graves impactos em todas as áreas da saúde da população brasileira mais vulnerável, evidenciando que forma que tem se dado a Política de Saúde no Brasil traz consequências diretas para as mulheres que têm questões psíquicas e são atravessadas por múltiplas expressões da questão social.

A partir da compreensão de que o processo saúde doença vai além do indivíduo-biológico perpassando por seu meio social, havendo, dessa forma, a necessidade de pensarmos a saúde integral da mulher, sobretudo as que são atravessadas por sofrimentos psíquicos intensos.

1.3 A Promoção Integral da Saúde da Mulher

Rubens Matos (2004), situa o aparecimento do termo “integralidade” a partir da criação do próprio SUS que modifica a forma de pensar a saúde com base nas doutrinas de universalidade, equidade e integralidade., sendo esta colocada como um dos principais objetivos do movimento sanitário responsável pela formulação do conceito de saúde vigente desde 1988.

Dado o exposto, a integralidade visa considerar a pessoa e entender a todas as suas necessidades, incluindo a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Ao mesmo tempo, o princípio da integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que sejam afins na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos.

Assim, pensar a mulher como sujeito de saúde em sua integralidade para além de algo focalizado em aspectos específico da vida da mulher, como, por exemplo, a gestação, é de fundamental importância, considerando que as mulheres estão imbricadas em diferentes processos em seus ambientes sociais e domésticos que revelam a exorbitante desigualdade de gênero que atribui à mulher uma postura de subalternidade aos homens.

Para tanto, trabalhar a saúde mental sob o enfoque de gênero nasce da compreensão de que as mulheres sofrem duplamente com as consequências dos transtornos mentais, dadas às condições sociais, culturais e econômicas em que vivem. Condições que são reforçadas pela desigualdade de gênero tão arraigada na sociedade

brasileira. (BRASIL, 2004, p. 44).

De acordo com Foucault 2004, os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência. Com isso, o discurso sobre a saúde das mulheres, ao nomear parte do corpo como principais ou não, prescreve, a partir disso, quais procedimentos devem ser adotados, que condutas devem ser evitadas, quem deve ficar fora. Foucault nos convoca a dar visibilidade sobre o que propõe como forma integral de cuidar da saúde de uma mulher constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é essa saúde e mulher, entendida ainda biologicamente pelas partes de corpo (FOUCAULT, 2004 apud MEDEIROS; GUARESCHI, 2009)

O modelo de Promoção da Saúde surgiu na década de 70 no Canadá, baseando-se em quatro polos: a biologia humana; o sistema de organização dos serviços; o ambiente social, psicológico e físico; e o estilo de vida, que está em amplo processo de construção.

Destaca-se que até a década de 1970, a saúde da mulher era tomada como objeto das políticas públicas de saúde apenas em sua dimensão procriativa, especialmente no que se refere aos cuidados voltados ao ciclo gravídico, puerperal, enfatizando a visão da mulher como mãe. Atualmente com a criação da Política Nacional de Assistência a Saúde da Mulher, 2004, tem-se olhado para outros campos, entretanto, ainda é fundamental o debate da Política de Saúde da Mulher para que não venha ocorrer um distanciamento da Política de Saúde Mental, produzindo, assim, a desconstrução do cuidado em saúde mental de forma ampliada.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher⁵ – Princípios e Diretrizes (PNAISM), reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, ainda, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual.

Em vista disso, essa retrospectiva traz à tona o olhar reducionista do conceito de saúde baseado no modelo biomédico, como ausência de enfermidades, e o conceito de doença como uma fatalidade. Assim, o advento da Promoção da Saúde propõe o surgimento de um novo paradigma que objetiva romper com a visão fatalista da doença, arraigada culturalmente, e

⁵ O primeiro programa de assistência à saúde da mulher (PAISM) foi criado em 1983, fruto da luta do movimento feminista feministas pela saúde da mulher. A criação desse programa acabou por confrontar, no início da década de 80, as políticas de controle de natalidade infundidas no país, no contexto de ditadura militar, que desafiava a ação dos profissionais de saúde e, ao mesmo tempo, impulsionava a autodeterminação das

aprofundar o conceito de saúde sob uma nova ótica. Esse novo paradigma rompe a visão curativa e centralizadora do modelo biomédico até então vigente, o que por atuar com enfoque individualista, curativo e baseado na doença é de alto custo e baixo impacto.

O novo paradigma proposto baseia-se na promoção da saúde e não na cura de doenças, tem caráter coletivo, de autonomia e co-responsabilidade dos sujeitos, e atua por meio de parcerias com educação, ação social e trabalho.

Tendo em vista a necessidade de mudanças no cenário nacional referente às políticas voltadas à saúde da mulher, que englobe os pressupostos da promoção da saúde, foi formulada a PNAISM para nortear as ações de atenção à saúde da mulher de 2004 a 2007.

Desse modo, as políticas de atenção à saúde da mulher formuladas nacionalmente através de amplas e complexas discussões trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação sobre o paradigma da saúde da mulher. No entanto, apesar dos avanços extraordinários, esse processo é dinâmico e acompanha a transformação da sociedade e, por isso, inexaurível. Em consonância, destaca-se que cada política trouxe consigo um avanço singular no processo geral pela busca da saúde da mulher, sendo a atual PNAISM, uma política que se apresentou de forma inovadora ao contemplar em seus princípios e diretrizes, aspectos relacionados à promoção e humanização da saúde a fim de minimizar as iniquidades existentes na saúde da mulher, rompendo assim, com o enfoque biologicista e medicalizador hegemônico nos serviços de saúde.

A PNAISM adota o conceito de saúde integral propondo atender à mulher em todas as suas etapas de vida, englobando inclusive segmentos que estavam, até então, à margem dos serviços de saúde. Todavia, percebe-se, ainda, certa valorização da doença em parte das ações propostas. Na prática, a integralidade da assistência não é efetivamente contemplada, tendo em vista que o sistema de saúde apresenta dificuldade em assistir mulheres nas áreas específicas de climatério, infertilidade, saúde mental e saúde ocupacional.

A PNAISM procurou em seus princípios e diretrizes estabelecer áreas prioritárias, enfatizando com isso, mulheres indígenas, lésbicas e presidiárias, mas, ainda assim, o próprio sistema de saúde enfrenta dificuldades em atender à mulher em tais especificidades.

Apesar do inegável avanço, é essencial questionar a real implementação desses princípios nos municípios e estados brasileiros. Mais ainda, para que isso aconteça é necessário um

controle social efetivo por parte das mulheres, no que tange a implantação e avaliação dessas políticas. Vale ressaltar que a efetivação desta política depende igualmente dos gestores das unidades de saúde e dos profissionais que lidam diretamente com o público feminino.

CAPÍTULO 2

O DESTAQUE AOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Este item destina-se a abordar a centralidade dos Centros de Atenção Psicossocial para o cuidado integral do indivíduo em sofrimento mental. Apontando para a importância da Reforma Psiquiátrica para o tratamento de mulheres acometidas por transtorno mental. Afirmando um modelo assistencial de cuidado de base comunitária pautado na Portaria 3088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial e na Lei Paulo Delgado 10.216. Tendo como referencial um cuidado pautado nos vínculos afetivos, na humanização e no cuidado de base territorial.

2.1 A Reforma Psiquiátrica

Compreende-se a Reforma Psiquiátrica como um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual. Assinala-se como principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, a possibilidade de poder transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e com a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou, ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados (AMARANTE, 2007).

Trata-se de considerar a saúde para além da condição de dependência de técnicas, especializações e compreensão mecanicista dos mecanismos do corpo humano, para um estado em constante construção, sendo produzida coletivamente, nas relações sociais e subjetivas (PEREIRA; BARROS, 2011).

Entender a perspectiva do cuidado de forma além do relacionado à cura da doença se apresenta hoje como resultado de um conceito de saúde orientado pelos determinantes sociais de saúde e doença, entendendo que para se ter saúde é preciso um conjunto amplo e dinâmico de aspectos interdependentes. Aspectos biopsíquicos, sociais e espirituais presentes no contexto de vida das pessoas em seus territórios.

Olhar para estas dimensões requer também manejos diferentes, estratégias diferentes de aproximação com os usuários bem como ferramentas diferentes para entender a

dinamicidade do processo saúde e doença (SILVA, 2015).

Se por um lado a psiquiatria deixava de ser questão exclusiva dos técnicos para tornar-se uma questão que diz respeito a toda a sociedade, por outro, o objeto da psiquiatria deixava de ser a doença - contra a qual ela se mostra impotente - para tornar-se o sujeito da experiência do sofrimento. Como consequência, em torno do debate da Reforma Psiquiátrica passava a existir um dos mais expressivos e atuantes movimentos sociais, com uma proposta radical de transformação do setor, que tem merecido um destaque sem igual na história da saúde pública do país (AMARANTE, 2007).

Destaca-se que, o campo da saúde tem como objeto central a produção do cuidado (MERHY, 1999). A respeito da atenção psicossocial, esse acontecimento se manifesta pelo encontro de quem busca cuidado (o usuário/a) e quem supõe ofertar o cuidado (profissional). Nesse encontro, constrói-se uma micropolítica entendida como um espaço de afetos, práticas e saberes que conjuntamente produzirão saúde (MERHY; FRANCO, 2013).

Um cuidado que se fundamenta em procedimentos, técnicas, ferramentas, mas também em saberes, práticas e, sobretudo sentimentos e relações humanas, ou seja, envolve tecnologias leves, leves duras e duras resultado da articulação entre elas. Tecnologias duras se referem aos equipamentos, instrumentos, as tecnologias leve/duras aos saberes de cada área profissional e manejos organizacionais e as tecnologias leves são as que se constroem no contato, no vínculo entre profissional e usuário (MERHY, 1999).

As transformações no campo cultural, a instituição psiquiátrica deveria ser então negada, enquanto saber e poder. De acordo com Amarante (2007), Basaglia propõe colocar a doença mental entre parênteses, para poder lidar e perceber o sujeito em sua experiência-sofrimento. Basaglia entende que “a objetivação do homem em síndromes (...) tem tido consequências extremamente irreversíveis no doente que - originalmente objetivado e restrito aos limites da doença - fôra confirmado como categoria fora do humano por uma ciência que deveria distanciar-se e excluir aquilo que não estava em grau de compreender”.

O colocar a doença mental entre parênteses não é, portanto, a negação da loucura ou do sofrimento, mas um procedimento epistemológico de suspender o conceito de doença mental enquanto saber produzido pela psiquiatria. Assim, a doença mental entre parênteses é, a um só tempo, a ruptura com o saber psiquiátrico enquanto obstáculo epistemológico, e a condição de possibilidade de uma outra relação da sociedade para com os sujeitos portadores de sofrimento (AMARANTE, 2007).

A fim de compreendermos a construção do Movimento de Reforma Sanitária, torna-se necessário articular como o contexto histórico desse tempo. Sendo assim, a partir da leitura de Eduardo Mourão Vasconcelos, elencarei uma breve retrospectiva desse contexto. Desse modo, tem-se no ano de 1978, a regressão da Ditadura Militar no Brasil, ocorrendo assim a emersão de diferentes movimentos sociais inclusive o da Reforma Psiquiátrica. Destarte,

“Assumir uma atitude responsável perante o futuro sem uma compreensão do passado é ter um objetivo sem conhecimento. Compreender o passado sem um comprometimento com futuro é um conhecimento sem objetivo” (LACONTE, s.d, apud, AMARANTE, 2000).

Sendo assim, considera-se o período 1978 a 1992, como a primeira fase histórica da Reforma Psiquiátrica no Brasil em que tivemos a denúncia dos manicômios, as primeiras tentativas de controle e humanização da rede hospitalar, Constituição de 1988 e estruturação do SUS e do controle social. Em 1987, é realizada a I Conferência Nacional de Saúde Mental, sendo fundado em dezembro de 1987, o Movimento Antimanicomial, assumindo a estratégia de desinstitucionalização italiana com a seguinte palavra de ordem: “Por uma sociedade sem manicômios”. Segundo Amarante (2009), a denúncia da realidade dos hospitais psiquiátricos tornou possível verificar sua função mais custodial que assistencial, mais iatrogênica que terapêutica, mais alienadora que libertadora.

Há também as primeiras experiências inspiradoras de novas estratégias e serviços do tipo CAPS, principalmente na cidade de São Paulo, em 1987 (o CAPS Itapeva, que depois inspirou o CAPS II), e logo depois em Santos (o NAPS, mais tarde normatizado como CAPS III), em 1989. A Constituição de 1988, conformando as políticas sociais, universais e gratuitas, e as bases do SUS, regulamentando em leis próprias em 1990, o que inclui o sistema de conselhos e conferência nacional - controle social do SUS.

Com um quadro desta natureza, e com as bases teóricas que orientavam o movimento da Reforma Psiquiátrica nos seus momentos iniciais, a ação reformista consistia, por um lado, em denunciar as distorções conclamando a uma participação da sociedade civil nas “tomadas de decisão” das políticas públicas, o que refletia os anseios populares no período da redemocratização. Por outro, e simultaneamente, em preconizar duas ordens de princípios, quanto: a inversão da política nacional de saúde mental, de privatizante para estatizante e, a implantação de alternativas extra-hospitalares que, neste contexto, significava a inversão do modelo: de hospitalar para ambulatorial, de curativo para preventivo/promocional.

Os NAPS⁶, ao contrário das versões até então conhecidas como “centro de saúde mental”, exercem um mosaico de ações que o caracterizam como estrutura complexa. Têm leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendem a demandas em residências, em locais de trabalho ou públicos; oferecem atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respondem a várias demandas de caráter social e não apenas, como tradicionalmente reconhecidas, “terapêuticas”. Dito de outra forma, os NAPS assumem o caráter complexo da denominada demanda psiquiátrica que é sempre menos uma demanda apenas clínica e mais uma demanda social, onde a clínica é apenas uma das dimensões.

A partir da situação desencadeada em Santos, uma outra experiência importante foi resgatada, foi o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luís da Rocha Cerqueira (CAPS), em São Paulo que, tendo início em 1987, surgiu como uma proposta do tipo alternativo intermediário ou transitório, de um modelo a outro. Desse modo, o CAPS surgiu no âmbito do modelo sanitário-preventivista, como uma instância intermediária entre o hospital e a comunidade, marcado também por uma proposta terapêutica influenciada pela tradição da psicoterapia institucional. Seria uma modalidade de atenção situada no momento da alta hospitalar para a passagem do paciente à vida comunitária ou vice-versa, como uma alternativa à internação integral e imediata. Assim, o paciente iria para o CAPS como uma tentativa de evitar a internação hospitalar ou quando recebesse alta sem estar apto a retornar plenamente à vida comunitária. Seria ainda intermediário ou provisório no sentido de que representaria uma alternativa assistencial situada na transição do modelo hospitalocêntrico para o modelo preventivo-comunitário, até o momento em que este último crescesse e dominasse o cenário assistencial, com o conseqüente desaparecimento do primeiro.

O CAPS seria então o passo inicial da transformação do modelo no sentido da implantação do modelo preventivo-comunitário, do qual seria um dos principais elementos. Como se pode perceber, o CAPS nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível. Por outro lado, o CAPS seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma

⁶ Em setembro de 1989, é inaugurado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial, na zona Noroeste de Santos. Logo após foram inaugurados outros quatros serviços. Em junho de 1994, ocorreu o fechamento definitivo da Casa de Saúde Anchieta. Tal período é caracterizado por uma grande mobilização política por parte dos trabalhadores de saúde mental do município. Ganha-se assim a ampliação do espaço para discussão de pessoas com transtornos mentais para além do campo teórico-técnico. De acordo com Nicácio (1994), os NAPS não são estruturas simplificadas como as instituições totais são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural” (KODA, FERNANDES, 2007).

proposta terapêutica calcada no modelo médico psicológico de análise, enquanto os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais.

Com o contexto propiciado pelo circuito de Santos, o CAPS foi resgatado com outra descrição, como uma possibilidade que deveria caminhar na direção de tornar-se, ele próprio, uma proposta substitutiva ao modelo psiquiátrico tradicional, e não um serviço provisório-permanente. De acordo com Amarante (2007), seu surgimento, no entanto, foi acompanhado por algumas discordâncias no âmbito do movimento, na medida em que não havia consenso quanto ao momento exato de sua apresentação. Alguns segmentos do movimento argumentavam haver pouca discussão interna e, mais que isso, insuficiente construção de uma base sólida de apoios sociais antes de sua apresentação na Câmara dos Deputados. A partir de tais discordâncias, prevaleceu a posição de apoiá-lo, pois considerava-se que, uma vez incluído no debate nacional, o Movimento deveria lutar por sua aprovação.

A questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. A loucura/doença mental deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil e a grande imprensa, que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a “questão psiquiátrica” tornara-se uma questão política.

A segunda fase pode ser compreendida de 1992 a 2001, em que acontece a II Conferência Nacional de Saúde Mental e podemos apontar dois marcos: a conquista da hegemonia política do modelo da desinstitucionalização italiana e o início do repasse dos recursos dos hospitais psiquiátricos para a implantação dos novos serviços de atenção psicossocial. O período de 1995 a 2000 pode ser apontado como um período de relativa desmobilização devido a ministros da saúde contrários a essa perspectiva em pauta.

Considera-se a terceira fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira, o período de 2001 a 2015/16, em que houve III Conferência Nacional (2001) e aprovação da Lei 10.216 em abril de 2001, depois de onze anos de luta. Nesse período há a posse do Dr. Pedro Gabriel para Coordenação de Saúde Mental e inicia-se um crescimento e consolidação da Rede de Atenção Psicossocial, com expansão da agenda política para novas áreas e projetos (CAPSi: crianças e adolescentes, CAPSad álcool e drogas, serviços residenciais, Programa de Volta para Casa e entre outros). Em 2010, tem-se outro marco, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, reafirmando a política e particularmente seu caráter intersetorial.

Por outro lado, tivemos terceirização e precarização crescente dos contratos de trabalho no SUS e na rede de atenção psicossocial; gradual institucionalização das práticas e serviços de atenção psicossocial; primeiros sinais de retrocessos, gerados pela crise econômica e política dos governos Dilma Rousseff; difusão de uma visão epidêmica e aterradora do uso de crack, em um contexto em que a rede de atenção psicossocial estava ainda despreparada para implementar nacionalmente uma assistência eficaz de cuidado a usuários nesta área, abrindo espaço para políticas de limpeza urbana, com internações forçadas, ou para proliferação das “comunidades terapêuticas” de natureza privada ou filantrópica, com apoio do governo Dilma.

O ano de 2015/16 até os tempos atuais considera-se como a quarta fase da Reforma Psiquiátrica Brasileira em que houve crescentes desafios e retrocessos gerados pela crise econômica induzida pela recessão mundial e pelas políticas neoliberais internacionais e no Brasil pelo golpe jurídico-midiático que derrubou a presidente Dilma Rousseff; receso progressivo da democracia, das políticas sociais e a contrarreforma psiquiátrica; desinvestimento nas políticas em geral e particularmente no SUS; Operação Lava Jato seletiva, dirigida principalmente para os setores de centro esquerda (PT), bem como com excessos autoritários, passando por cima de vários direitos constitucionais dos acusados; ainda no governo Dilma, em 2015, entrega do Ministério da Saúde para políticos conservadores e a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para lideranças da psiquiatria conservadora, levando à bem sucedida campanha do “Fora Valencius” pelo movimento antimanicomial.

Em 2016, há uma série de medidas neoliberais em ação com o processo de impeachment e golpe parlamentar-midiático retirando do poder Dilma Rousseff e colocando no poder o vice Michel Temer. Em consequência, são impostos inúmeros retrocessos em todos os campos da política social, como por exemplo, a Emenda Constitucional 95, que congela os gastos sociais por 20 anos. A Coordenação de Saúde Mental é repassada para lideranças consolidadas da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), contrária à perspectiva de reforma psiquiátrica e luta antimanicomial, que impõe nova ênfase na internação psiquiátrica tradicional e, no campo das drogas, o repasse de verbas da atenção psicossocial para comunidades terapêuticas.

Ressalta-se que desde a criação do SUS, tem havido um forte crescimento do setor privado na saúde, com a venda de seguros e planos de saúde. No entanto, mesmo com todos os dados de crescimento desse subsetor e do investimento na criação de versões populares de clínicas e laboratórios de exame, os segmentos da população mais vulnerável e a classe

trabalhadora continuam dependendo exclusivamente do SUS para serem salvos.

Para Matos (2020), um dos maiores enganos da atualidade é a crença de que um país possa viver sem um sistema público, estatal e universal de saúde, o que se evidenciou com a pandemia do COVID-19, que atingiu não os mais pobres, mas também os da classe dominante e os estratos com a maior remuneração da classe trabalhadora, evidenciando por parte destes um clamor por resposta estatal de controle da COVID-19.

Se atentarmos para a dimensão da moralidade, eixo a partir do qual foram tratadas as questões da saúde pública na Itália, encontraremos em Portugal o recurso da legitimidade da pobreza, a negação da ciência e o apelo à religiosidade, o controle dos corpos e da sexualidade e a eliminação do diferente. No Brasil do século XXI, o governo Bolsonaro segundo Matos (2020), apresentou uma agenda fascista para a saúde, que se aproveitou do caminho aberto pelo governo Temer (2016).

Como resultado, houve profundos desmontes das estruturas e instituições democráticas, das políticas sociais e do pacto político expresso na Constituição de 1988.

Na saúde mental, se aprofundam as mesmas tendências já esboçadas no governo Temer. No entanto, o movimento antimanicomial continuou mantendo uma relativa resistência a medidas que tentaram desfigurar a estrutura da RAPS. Contudo, as maiores derrotas têm acontecido na área política de drogas, cuja coordenação foi deslocada do Ministério da Saúde para o Ministério da Cidadania com uma diretriz clara de financiar e expandir as chamadas Comunidades Terapêuticas (CTs) para usuários de drogas, em detrimento dos recursos para a RAPS.

Para isso, uma das estratégias adotadas foi acabar com todos os mecanismos que possibilitam ter transparência sobre os recursos do campo da saúde mental e drogas como um todo. Por sua vez a despeito de heterogeneidade do setor, as CTs têm sido objeto de múltiplas sindicâncias e inquéritos, que têm demonstrado: inúmeras violações dos direitos humanos, um modelo de internação de médio e longo prazo, com inúmeros efeitos iatrogênicos⁷, desinteresse e desarticulação com os serviços de atenção psicossocial abertos, como os CAPS ad, centros de convivência, unidades de acolhimento, serviços residenciais e consultório na rua; uma abordagem única de abstinência e um uso muitas vezes desrespeitoso de abordagens e rituais religiosos confessionais, sem levar em conta a preferência específica dos internos, na contramão de todo debate da atenção psicossocial e redução de danos.

⁷ Iatrogênico: refere-se a tratamento de saúde danoso, ocasionando prejuízo ao invés de melhora da saúde (VECHY, 2004).

2.2 Movimentos Sociais da Reforma Psiquiátrica e Antimanicomial

Tendo em vista a importância dos movimentos sociais para o retrocesso da remanicomialização da Política de Saúde Mental, que será tratada, no próximo tópico, exponho a periodização que os Movimentos Sociais Antimanicomiais apresentaram, sendo esta periodização, diferente do processo mais amplo da Reforma Psiquiátrica, pois tem características e dinâmicas próprias.

Temos como a primeira fase histórica dos movimentos sociais o ano de 1978 quando começa a Reforma Psiquiátrica Brasileira até o ano de 1987 em que a ação exclusiva do movimento de reforma psiquiátrica por profissionais, trabalhadores e gestores: baseado no Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental, e a partir de 1982, também de gestores dos primeiros programas alternativos de reforma psiquiátrica e de seus profissionais. Gradualmente, os limites impostos pela diminuição do espaço de atuação dentro dos aparelhos de Estado - governo Sarney e vários governos estaduais conservadores, foram colocando os movimentos sociais em um impasse.

A segunda fase é de 1987 a 2001, marcada pela fundação e construção gradual da hegemonia do movimento antimanicomial (MA) unificado e sua estratégia “por uma sociedade sem manicômios”: o MA avaliou as limitações da ação apenas dentro do aparelho de Estado e se pensou a partir daí como um movimento social que tem sua base principal na sociedade e nas alianças com outros movimentos sociais populares (por exemplo, propondo os eventos anuais de rua no dia 18 de maio e os encontros nacionais do movimento de forma autônoma); e adoção da estratégia política de desinstitucionalização italiana.

Nesse período, tem-se a conquista da hegemonia da visão do movimento da reforma psiquiátrica entre os militantes que atuavam dentro do Estado e nas bases do movimento, tendo a II Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1992, como responsável pela consolidação dessa estratégia. Apesar dos debates e conflitos internos, o movimento avançou nesta fase ainda de forma unificada.

A terceira fase é de 2001 a 2010 em que há a divisão interna do MA, criando duas tendências nacionais, Rede Nacional Internúcleos da Luta Antimanicomial – RENILA e Movimento Nacional da Luta Antimanicomial – MNLA, tendo como liderança o Coordenador Nacional da Saúde Mental, Pedro Gabriel Delgado e a RENILA sendo mais hegemônica nas lutas. Torna-se importante compreender as razões e os dilemas que estão por trás desta divisão, com a perspectiva de poder entender também as perspectivas do protagonismo dos usuários e familiares.

A partir da divisão do Movimento Antimanicomial, cria-se a RENILA, que reivindicava a organização de uma liderança nacional mais centralizada, politizada e diretiva sobre o conjunto do movimento, preocupando-se em como tomar decisões mais rápidas com maior capacidade de articulação política para as lutas tanto na sociedade, mas particularmente dentro das lutas do aparelho do Estado. Em relação aos usuários e familiares, pregava que o único caminho seria a politização de suas lideranças, para seguirem a discussão e a orientação ditada pela direção nacional da tendência. Tem-se conquista da hegemonia e suporte dentro dos Conselhos de Psicologia, tendo como liderança mais expressiva o psicólogo Marcus Vinicius de Oliveira, assassinado em 2016 em conflito de terras perto de Salvador. Por conseguinte, uma mobilização significativa proposta pela RENILA foi a Marcha dos Usuários de 2009, em Brasília, que reivindicou e conquistou com o governo Lula a realização da IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que ocorreu em 2010.

Por parte do MNLA, liderado por Pedro Gabriel Delgado, houve uma decisão na linha contrária, eles optaram como principal valor o respeito e o ativismo dos usuários e familiares, o fortalecimento de seus núcleos estaduais e locais e a realização de encontros a cada dois anos.

A quarta fase, de 2010 a 2015, há uma hegemonia completa da RENILA na Coordenação Nacional de Saúde Mental e nas lutas nacionais: com a entrada do Dilma Rousseff no governo, duas lideranças nacionais mais ligadas à RENILA, o psiquiatra paulista Roberto Tykanori e um pouco mais tarde também a professora da USP Fernanda Nicácio, assumiram a coordenação no Ministério da Saúde. Assim, além do suporte do Sistema Conselhos de Psicologia, também assumiram a gestão nacional da Política de Saúde Mental.

No MNLA houve um processo de “transição geracional” que acompanhou o processo de mudanças políticas no país. Suas lideranças mais antigas, mais identificadas com o perfil político do PT, foram substituídas no final da década de 2000 por lideranças mais jovens e mais associadas a partidos ou tendências mais à esquerda, com uma radicalização de seus objetivos e estratégias. Assim, o MNLA assumiu a vanguarda de propor ao MA temas, perspectivas e dimensões interseccionais importantes de outros movimentos sociais populares no país, como as lutas feministas, antirracistas e do movimento LGBTQIA+, que tem repercussões importantes no campo da saúde mental e nas alianças com seus respectivos movimentos sociais. Em paralelo, a tendência foi constituindo gradualmente uma coordenação nacional mais articulada.

Considera-se a quinta fase dos movimentos sociais, o período de 2016 até o tempo atual, marcada pela campanha bem-sucedida “Fora Valencius”⁸, seguida dos retrocessos gerados pelo golpe que arrancou Dilma Rousseff do poder; nova fragmentação do movimento nacional, fragilizando as lutas nacionais, realização do Encontro de Bauru 30 anos, e nova articulação na forma de frente ampla em 2020.

Em sequência, apresentou-se como uma grande questão, após a luta “Fora Valencius”, a disputa do MNLA e RENILA pela coordenação das lutas na saúde mental, produzindo diversas tendências e entidades independentes que auxiliaram na campanha referenciada acima bem-sucedida, que não aceitavam a representação única pelos dois movimentos, ocorrendo uma nova divisão.

Com base nisso, nesta fase de lutas, a organização nacional do movimento era feita por um grupo em formato de frente política, incluindo todas as tendências, entidades e coletivos que estavam se mobilizando para garantir a campanha. Por conseguinte, após a vitória, em meados de 2016, as lideranças do MNLA e da RENILA defenderam a posição de que esta forma de frente política deveria ser desmobilizada, devendo a responsabilidade da tomada de decisões pelo coletivo como um todo, estar com eles, o que não foi aceito pelos coletivos e entidades participantes independentes, gerando, assim, uma nova divisão e uma maior fragmentação política do movimento a nível nacional, fragilizando suas lutas.

Em 2017, o formato de frente política ampla foi novamente acionado no nível nacional, para a preparação do encontro Bauru – 30 anos do Movimento Antimanicomial, que se realizou em dezembro daquele ano, com sucesso, reafirmando os princípios originais do movimento. No entanto, nenhuma forma de articulação das lutas nacionais foi decidida para a continuidade das lutas, por resistência das lideranças do MNLA e da RENILA, que insistiram em manter as decisões nacionais do movimento em suas mãos, mantendo a fragmentação do movimento e a incapacidade de organizar qualquer luta de âmbito nacional de resistência aos inúmeros retrocessos do atual processo político.

Apenas em 2020, com inúmeros retrocessos impostos pelo governo Bolsonaro e pela Associação Brasileira de Psiquiatria, é que essas duas tendências do movimento aceitaram se articular novamente em uma frente ampla, composta não só de tendências já consolidadas,

⁸ Em dezembro de 2015, Valencius Wurth, diretor do maior, maior manicômio da América Latina - Eiras de Paracambi até o ano de 2000 substituiu Roberto Tykanori, militante da Reforma Psiquiátrica desde os anos 80, Wurth, obteve da Câmara dos Deputados graves constatações de violações dos direitos humanos no então hospital psiquiátrico Eiras, carregando uma importante história contra a reforma psiquiátrica. Disponível em: [/informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39572](http://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/39572)

mas também da diversidade de ativistas, coletivos e associações independentes. Essa posição já possibilitou atingir inclusive várias vitórias, no sentido de resistir a investidas mais violentas de desfigurar o processo de reforma psiquiátrica, como na tentativa frustrada de revogar o conjunto das principais portarias que sustentam a RAPS, episódio conhecido como “Revogação”, em dezembro de 2020.

Em análogo, põe-se diversos desafios para o protagonismo de usuários e familiares no campo da saúde mental, devendo estes, recorrer além das instâncias de controle social, recorrer também às outras esferas do Estado que não o Executivo: Legislativo e Sistema de Justiça, e na sociedade civil, a entidades e organizações não governamentais com perfil participativo e democrático: a associações de usuários e familiares; a projetos de trabalho e renda e economia solidária, a projetos culturais e artísticos e também a movimentos sociais populares e entidades combativas da sociedade mais ampla, como os sindicatos de trabalhadores, associativismo de bairro e conselhos profissionais. Um outro impasse visualizado nesse protagonismo são as desigualdades econômicas, sociais, educacionais e culturais impondo mais limitações para as pessoas e coletivos oriundos das classes populares.

A cultura política mais ampla na sociedade não foi modificada, reproduzindo nas instâncias de participação social seus principais traços, como o autoritarismo, elitismo, clientelismo, fisiologismo, corporativismo na defesa de interesses de grupos particulares, e a cultura hierárquica de prevalência dos laços de lealdade pessoal em detrimento de relações mais impessoais baseadas nas normas públicas (VASCONCELOS, 2022)

Ante o exposto, destaca-se que os conselhos de saúde apresentam inúmeros problemas de burocratização e aparelhamento pelos próprios conselheiros e coordenadores, havendo precárias condições operacionais e de infraestrutura, além de falta de publicidade e publicização das decisões dessas instâncias, raros debates sobre temas fundamentais, evidenciando um papel mais de homologação do que planejamento. Outro grave problema, apresentando nos Conselhos de Saúde, são gestores que não acatam as resoluções dos colegiados ou manipulam a pauta de discussão e deliberações.

Por fim, embora, não sejam regras oriundas do Conselho Nacional, inúmeros conselhos municipais e estaduais de saúde criaram exigências especiais para a participação de representantes de associações de usuários(as) e familiares da saúde mental, como o registro formal da associação, com CNPJ, o que não só estimula a burocratização e enrijecimento da

organização nas associações existentes, como também excluem muitas outras associações e coletivos que não têm ou não querem ter esse registro, pelos riscos que elas representam em termo de concentração de poder e burocratização das diretorias, soma-se a esse fato, as regras de participação e de representação no Pleno do Conselho Nacional de Saúde e em suas Comissões Internas, como a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental (CISM), que são excludentes para as características do movimento de usuários/as e familiares de saúde mental, pois exigem que qualquer movimento social ou entidade tenha núcleos ativos em pelo menos 9 estados.

2.3 A Remanicomialização da Política de Saúde Mental

Não obstante, a Política de Saúde Mental é produto do processo social complexo da Reforma Psiquiátrica, que nas últimas décadas tem levado a profundas transformações nas práticas do cuidado em saúde mental, que apontam para as mudanças na concepção do processo saúde-adoecimento, no modelo teórico e técnico-assistencial que organiza e sustenta as práticas dos profissionais; que orienta e sustenta o arcabouço jurídico e o universo de práticas e valores culturais.

Baseado nisso, temos, no ano de 2001, a promulgação da Lei Federal 10.216, que definiu a internação hospitalar como último recurso no tratamento de transtornos mentais e garantiu às pessoas o direito de serem tratadas preferencialmente em serviços de base comunitária. A exemplo da maioria dos países da Europa Ocidental, que reduziram vigorosamente o número de leitos em hospitais psiquiátricos. Desde o início dos anos 1980, o Brasil implementa, assim, um novo modelo de atenção às pessoas com transtornos mentais a partir de serviços comunitários territorializados. Em pouco mais de uma década, e mais decisivamente a partir da Lei 10.216, milhares de leitos psiquiátricos (cerca de 18.500 entre 2001 e 2009). foram reduzidos e centenas de serviços comunitários implementados, ainda que com distribuição desigual nas regiões do Brasil. Em contrapartida, o financiamento federal da Política Nacional de Saúde Mental é componente chave para a implementação desse novo modelo de atenção.

"Se, por um lado, a mudança do modelo de atenção na direção das ações de base comunitária traduz-se na realização de ações de melhor relação custo-efetividade, por outro, há sempre o risco de desfinanciamento das ações em saúde mental nesse processo de mudança (GONÇALVES, VIEIRA; DELGADO, 2012) "

A política de Saúde Mental, construída e pactuada por diferentes atores sociais desde

meados da década de 1980, preconiza e almeja profundas transformações da atenção, isto é, no atendimento e nos cuidados ao sofrimento psíquico e demais impasses subjetivos. As mudanças que já se processam, entretanto, não se dão sem muitas resistências ou claras oposições advindas de vários setores e direções (YASUI; ROSA, 2008)). Já temos situado o processo complexo a partir do qual se desdobram as lutas pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, sob a égide de uma luta de hegemonia quanto ao controle dos interesses e valores que se encarnam também nas instituições de Saúde Mental (COSTA; YASUI, 2003)

Esses desafios se tornam ainda maiores, considerando que essa mudança de paradigma ainda não está presente na formação básica dos profissionais de Saúde. Essa formação continua sendo organizada em disciplinas e especialidades, com pouca ou nenhuma integração, levando os profissionais em formação a um olhar fragmentado da realidade, consequência do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador, ainda dominante.

O relatório final da III Conferência de Saúde Mental, promovida pelo Ministério da Saúde em 2002, apresenta propostas referentes à política de Recursos Humanos, destacando-se que:

uma política de recursos humanos deve visar implantar, em todos os níveis, o trabalho interdisciplinar e multiprofissional no campo da Saúde Mental, na perspectiva do rompimento dos 'especialismos' e da construção de um novo trabalhador em saúde mental, atento e sensível aos diversos aspectos do cuidado, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde seja atendido por profissionais com uma visão integral e não fragmentada da saúde. (Brasil, 2002, p. 68)

Apoiado nisso, a mudança do paradigma advindo da reforma psiquiátrica assume, além de uma dimensão técnica - revisão das práticas de cuidado, uma dimensão cultural, na defesa por uma mudança do valor social da loucura, que permita aos sujeitos vivenciarem e participarem da vida comunitária.

Em consonância, um dos dispositivos para a superação do modelo manicomial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este tem como finalidade permitir a construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na construção de possibilidades de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os envolvidos.

Reconhece-se que a construção do PTS pressupõe o reconhecimento do território existencial do usuário e suas redes vivas de cuidado ou descuidado, assim como as linhas de fuga possíveis para a produção de novos modos de subjetivação (FERREIRA et al 2017).

Talvez nesse movimento, de se abrir ao mundo vivo da cidade, a saúde mental possa produzir cuidados para além do sofrimento psíquico, se ocupando com a produção de vida das pessoas.

Nesse sentido, faz-se necessário o fortalecimento do debate sobre o cuidado territorializado que passa pelo reconhecimento do CAPS como dispositivo fundamental e coloca a necessidade de transcender o entendimento de território como mera delimitação de espaços geográficos e sim como território vivo – produtor de cuidado, rede e laços sociais, permitindo que pessoas com transtorno mental ampliem suas possibilidades de manutenção na vida e na comunidade.

Em contramão, aos retrocessos da Política de Saúde Mental, haja vista, a modificação da Política Nacional de Atenção Básica, alterando os parâmetros populacionais e dispensando a obrigatoriedade da presença do agente comunitário de saúde nas equipes de saúde da família, com consequências imediatas de descaracterização e fragilização da atenção básica, com a ampliação do financiamento aos hospitais psiquiátricos, concedendo ajuste de 60% no valor das diárias e redução do cadastramento de Centro de Atenção Psicossocial, em proporção ainda imprecisa, uma vez, que o Ministério da Saúde deixou de fornecer os dados sobre a rede de serviços de saúde mental consoante a ampliação do financiamento para mais doze mil vagas em comunidades terapêuticas e a volta da centralidade do hospital psiquiátrico através de nota publicada, recomendando a não utilização da palavra ‘substitutivo’ para designar qualquer de serviço de mental.

Destaca-se também a nota técnica do Ministério da Saúde (2019), reforçando o papel estratégico do hospital psiquiátrico, havendo ênfase em métodos biológicos de tratamento como a eletroconvulsoterapia e a disjunção entre a saúde mental e a política de álcool e outras drogas, além da condenação da estratégia de redução de danos.

Ante o exposto, a remanicomialização da Política de Saúde Mental faz parte de um projeto geral de desmonte do SUS e de sua universalização que segue tendências neoliberais baseadas no nefasto trinômio da austeridade, privatização e desregulamentação que, acentuadas pela grave crise econômica, ataca um dos princípios fundamentais da atenção integral à saúde, desobedecendo um direito constitucional, violando frontalmente um conjunto de princípios estabelecidos pela Lei 10.216/2001, pela Portaria 3088/2011, pela Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência (2009) e pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (2015)

Com isso, tem-se como o único caminho de subverter a lógica neoliberal, a resistência, que deve partir de uma consciência aguda do momento político, de ameaça à democracia e fragilização progressiva do Sistema Único de Saúde. Nesse caminho, o campo da atenção psicossocial possui um vasto movimento de luta, como explicitado no tópico acima, formado por dezena de milhares de profissionais diretamente implicados no serviço, aliados a estudantes, usuários e familiares.

Em consonância, faço menção ao Coletivo Frente Estamira de CAPS: Resistência e Invenção, coordenado pelo Professor Pedro Gabriel Delgado, criado em dezembro de 2019, no estado do Rio de Janeiro, a partir do I Congresso Nacional de CAPS realizado pelo Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUPPSAM/IPUB/UFRJ), onde reuniram-se 63 dos 92 municípios do estado e contou com a inscrição de mais de 700 pessoas no evento. Do Congresso, com a conjunção da participação da população junto à adesão da academia, em determinadas frentes de luta e resistência diante de tamanha fragilidade dentro do cenário sociopolítico econômico, tão ofensivo as políticas públicas de saúde mental, surgiu o coletivo (COMITÊ ORGANIZADOR DA FRENTE ESTAMIRA DE CAPS: RESISTÊNCIA E INVENÇÃO, 2019).

O coletivo constitui-se com uma articulação política e estratégica de luta e resistência, visando, sobretudo, promover apoio aos serviços de CAPS. Assim na finalidade de reduzir os impactos gerados pelas ações sistemáticas do capital neoliberal, a Frente propõe produzir a defesa da saúde mental pública, comunitária e democrática, respeitando as letras da Reforma Psiquiátrica brasileira e da Luta Antimanicomial. Através de ações políticas e culturais, possuindo uma agenda delegada a mobilizar e articular os diversos atores a fim de debater em suas articulações intra e intersetoriais os desafios que atravessam os serviços de CAPS (COMITÊ ORGANIZADOR DA FRENTE ESTAMIRA DE CAPS: RESISTÊNCIA E INVENÇÃO, 2019).

2.4 Gênero e Saúde Mental

Em sequência, a categoria gênero é extremamente relevante para pensarmos a configuração e constituição do sofrimento psíquico. De acordo com Zanello e Gomes (2010) e Zanello e Romero (2012), os valores e ideais relacionados a homens e mulheres dentro de nossa cultura. De acordo com as autoras, as categorias valorizadas nas mulheres percorrem três eixos: renúncia sexual; traços de caráter relacional e beleza estética. Os homens, por sua

vez, são valorizados em relação à virilidade sexual (comportamento sexual ativo) e laborativa (ser “provedor”).

Destarte, há uma prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”, sendo a exigência social de serem dóceis, amorosas, recatadas e devotadas. Com isso, de acordo com Zanello (2010), a exigência social para que esse padrão preestabelecido seja cumprido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência e apagada.

Com isso, Garcia (1995) aponta a depressão, ainda que esta não conduza a um tratamento psiquiátrico, como uma condição da existência feminina, que, na impossibilidade de expressar-se, implode. Consoante a isso, tem-se que as análises das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates, uma vez que destaca aspectos engendrados da experiência do sofrimento psíquico (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011; ZANELLO, 2014a).

Destaca-se, o lugar de silêncio e apagamento dadas as mulheres ((PERROT, 2003; GARCIA, 1995), no qual a mulher deve estar atenta e tomar cuidado com o que diz e a maneira como age, mostrando-se recatada, polida, contida e calada.

Com isso, esta pesquisa tem como norte o objetivo de possibilitar a reflexão em estratégias de intervenção em saúde mental que consideram as especificidades das diferenças de gênero no que tange ao adoecimento psíquico, tendo em vista que o sistema de atenção à saúde mental pode reforçar os papéis sociais, bem como estigmatizar as condutas desviantes ao modelo patriarcal (ZANELLO, 2014a), tornando, assim, invisíveis as questões de gênero existentes no adoecimento psíquico. Portanto, debater essa articulação permite não só a reflexão do quanto a loucura e a expressão dos sintomas podem ser engendradas, mas também do quanto a naturalização dessas questões sociais pode ser intensificada pelas práticas psiquiátricas.

Nesse sentido, a articulação com a análise das relações de gênero nos autoriza a desconstruir um discurso cientificista e nos permite restituir as vozes daquelas que são nomeadas de loucas.

Trata-se de refletir acerca das consequências que a adoção de um pressuposto epistemológico feminista pode aportar para o campo da saúde mental, o que implica em mudanças que vão desde a escuta e o acolhimento ao diagnóstico e estratégias de intervenção e de tratamentos para além do uso de psicotrópicos.

CAPÍTULO 3

A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL III DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2.1

A fim de apresentarmos elementos que materializam o que foi evidenciado anteriormente, trataremos neste tópico sobre a unidade de saúde que foi cenário para o surgimento das inquietações acerca das necessidades específicas das mulheres que precisam de cuidados formais em saúde mental. Em primeiro plano, abordando a apresentação da instituição, englobando seus desafios e demandas e por conseguinte a atuação do assistente social frente às mulheres acometidas por transtorno psiquiátrico em consonâncias com o apanhado dos escritos do diário de campo para disciplina de orientação profissional II da UFRJ.

3.1 Apresentando a instituição

O Centro de Atenção Psicossocial pertence a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (republicada em 21 de maio de 2013), obedecendo as diretrizes desse novo modelo assistencial, e tem como principais objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Tem como componentes: Atenção Básica em Saúde; Equipes de Atenção Básica para populações específicas - equipe de consultório de rua e Atenção Psicossocial Especializada, dividida em: CAPS I, indicado para municípios com população acima de 15.000 habitantes; CAPS II, indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes; CAPS III, proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento vinte e quatro horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental.

Há também o CAPS AD, referente a uso abusivo de álcool e outras drogas. Além desse, tem-se o CAPSi, que atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e

persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas, indicados para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.

Além desse componente, a Rede de Atenção Psicossocial tem o de: Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório - Unidades de Acolhimento; Atenção Hospitalar - Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral e Estratégias de Desinstitucionalização - Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT): SRT tipo I: até 8 moradores e SRT tipo II: até 10 moradores com acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico e por fim, o componente reabilitação psicossocial - iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), o SUS conta com 2.661 CAPS e 686 Serviços de Residência Terapêutica no país. De acordo com dados da FioCruz (2020), no município do Rio há 80 SRTs distribuídos nas 10 Áreas Programáticas e no Brasil, até 2014, havia 2.031 pessoas morando em 289 SRTs, sendo em média 7 moradores por casa. Ainda assim, a média de moradores no Rio de Janeiro estava abaixo da média nacional e muito abaixo das médias de ocupação das casas no cenário internacional.

Em setembro de 2016, o CAPS III responsável pela área programática de saúde 2.1 foi oficialmente inaugurado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No entanto, em dezembro de 2015, as atividades da unidade são iniciadas no espaço do CAIS (então, serviço de atenção diária, localizado no Instituto Municipal Philippe Pinel), onde ocorreu o primeiro acolhimento noturno do serviço. Em 2016, um muro foi construído no pátio do IMPP, delimitando a estrutura física do CAPS e a separando do hospital. E já no primeiro semestre deste ano, a equipe começa a atuar na sede permanente do serviço, que tem seu portão de entrada voltado para o Campus da Praia Vermelha (UFRJ).

A unidade que está situada entre dois grandes hospitais psiquiátricos e muito próximo de onde já foi o primeiro hospício do país, de 2015 até hoje, tem realizado o cuidado territorial e garantindo direitos às pessoas com transtorno mental grave e persistente moradoras de parte da zona sul da cidade do Rio de Janeiro.

É uma unidade 24 horas, de segunda a sábado, durante o horário de 8 às 19 horas, ocorrem as atividades de rotina, como: atendimentos individuais e coletivos; grupos; acompanhamento terapêutico; visitas domiciliares e institucionais; acolhimento de primeira vez; ações de matriciamento e entre outros. Aos domingos, o serviço trabalha apenas com equipe de enfermagem (1 enfermeira e 3 técnicos) e as atividades se restringem ao acompanhamento de usuários em acolhimento noturno, intensivos - que estão com projeto

terapêutico de comparecer ao CAPS todos os dias, atendimentos de urgência e apoio às equipes das Emergências psiquiátricas.

O serviço atende a uma parte da Área de Planejamento (AP) 2.1, abrangendo os bairros de Glória, Catete, Largo do Machado, Laranjeiras, Cosme Velho, Flamengo, Botafogo, Humaitá, Copacabana, Leme e Arpoador (Pavão-Pavãozinho/Cantagalo) - onde vivem, segundo dados de 2010 do Instituto Pereira Passos, mais de 410 mil pessoas. A equipe é dividida em três territórios: Copacabana, Botafogo e Catete.

Na dinâmica institucional do serviço há a presença do ator institucional Hospital Psiquiátrico Philippe Pinel e o Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil, IPUB, incorporado à Universidade do Brasil através do Decreto-Lei 591, em obediência ao artigo 5º da Lei Nº 452 de 05 de junho de 1937 que ratificado pelo artigo 2º do Decreto-lei 8.393 de 17 de dezembro de 1945, passou a constituir o que é hoje o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

O Instituto também localizado na área de planejamento municipal — 2.1, da Zona Sul do Rio de Janeiro, oferece atenção ambulatorial para idosos, adultos, crianças e adolescentes, além de internação especializada, conforme o acordo de Programação Pactuada Integrada Intermunicipal firmadas pelas instâncias gestoras respectivas, considerando o contexto de necessidades macrorregionais, bem como na execução de procedimento de alta complexidade neste caso, na modalidade de Serviços Residenciais Terapêuticos - SRTs.

Em regime de internação, o Instituto dispõe hoje de 191 leitos psiquiátricos, divididos em 101 leitos para internação e 90 leitos cadastrados na modalidade Hospital Dia. O IPUB promove ainda ações em saúde voltadas para a pesquisa científica, o ensino qualificado e a prestação de serviços à população.

Destaca-se que o IPUB, não possui emergência aberta e é uma instância federal, diferente do CAPS que é um serviço municipal, ou seja, um serviço municipal dentro de um campus federal, em que há a universidade, o Instituto e o Hospital. Esta questão acaba por evidenciar alguns preconceitos que ocorrem por parte de autoridades superiores quando estas são acionadas para algum caso ou deliberação relacionada ao CAPS.

Em análogo, o Centro Psicossocial III responsável pela A.P 2.1, apresenta como principais problemas institucionais a troca de profissionais recorrentes por ser um serviço público organizado por uma Organização Social (OS), desse modo, os profissionais, são terceirizados o que gera uma grande rotatividade de profissionais no serviço acarretando grande instabilidade nos usuários e por outro lado, não permitindo uma relação de confiança dos usuários com os profissionais devido à alta rotatividade de profissionais no serviço.

Dado o exposto, o vínculo empregatício terceirizado pode ser contextualizado a reestruturação produtiva do capital e ao neoliberalismo, que se intensifica nos anos de 1990, onde a classe trabalhadora vivencia os desajustes do sistema capitalista que traz a precarização do trabalho.

Enxerga-se assim a necessidade de criação de mecanismos para o controle desse processo de trabalho. Por conseguinte, a unidade possui 1464 cadastros e, atualmente, estão ativos 403 usuários que possuem projeto terapêutico singular (PTS) e realizam acompanhamento no CAPS de acordo com seu projeto: intensivo - todos os dias, semanal, quinzenal ou mensal.

As principais expressões da questão social que se apresentam como demanda ao Serviço Social, que perpassam a vida das usuários e usuários atendidos, são o rompimento de vínculos familiares, o não acesso ao trabalho, a exclusão e estigmatização do indivíduo pela sociedade. Evidenciando a importância da categoria profissional na saúde e especialmente na saúde mental, considerando a centralidade da atenção psicossocial para promoção e recuperação da saúde em sua integralidade, baseado nos princípios da ética, liberdade e emancipação. No que se refere as mulheres em sofrimento mental, observou-se que estas chegavam de forma majoritária a Assistente Social com demandas relacionadas a seus filhos e filhas, conflitos envolvendo seus parceiros, família e impasses no mercado de trabalho.

3.2 Perfil dos usuários

Em consonância, no intuito de podermos analisar o serviço de saúde em questão foi realizado, o mapeamento dos dados dos usuários ativos de janeiro a junho de 2021, através do portal da Prefeitura do Rio – Prime Saúde Mental, onde foi realizado a análise de trezentas e cinquenta e seis prontuários. Com base nessa análise, a partir da perspectiva interseccional, verificou-se que 49% dos usuários do CAPS estão na faixa etária de 20 a 39 anos, 35% estão na faixa etária de 40 a 59 anos, 13% estão com 60 anos ou mais e apenas 3% estão na faixa etária de 15 a 19 anos. O percentual de mulheres e homens atendidos foi semelhante, sendo 49% de homens e 51% de mulheres, porém o destaque às mulheres, nesta pesquisa, se deu a partir do lugar do cuidado que a mulher ocupa em nossa sociedade, sendo a prevalência de condições de sofrimento mental maior entre as mulheres.

De acordo com o Instituto Cactus, uma em cada cinco mulheres apresenta Transtornos Mentais Comuns (TMC) e a taxa de depressão é, em média, mais do que o dobro da taxa de homens com o mesmo sofrimento, podendo ainda ser mais persistente nas mulheres. Ainda,

segundo a OMS, o gênero implica diferentes suscetibilidades e exposições a riscos específicos para a saúde mental, por conta de diferentes processos biológicos e relações sociais (Instituto Cactus, 2022). Destaca-se que ser mulher perpassa papéis, comportamentos, atividades e oportunidades que determinam o que se pode experimentar ao longo da vida e, portanto, estabelece vivências estruturalmente diferentes daquelas experimentadas pelos homens.

A partir da perspectiva interseccional, foi analisado a raça e o perfil socioeconômico dos usuários do serviço, sendo um total de 52% de usuários brancos, 39% pardos e apenas 9% negros. Evidenciando o lugar do negro nas instituições de assistência e saúde, haja vista, a história de escravidão e retirada de direitos por mais de quatrocentos anos, sendo a assistência praticada por eles mesmos, através de irmandades e confrarias negras (COUTO, 2012).

Destaca-se que tanto o racismo quanto o patriarcado são estruturantes e estão interseccionalizados com a organização econômica, logo, não podem estar descolados da classe social. Ante o exposto, a naturalização da violência institucional sobre os corpos negros compõe o modelo manicomial. Destarte, Basaglia (2005), compreendia o manicômio e as diversas instituições, que vão desde a família e a escola, das prisões aos manicômios, como instituições da violência

O cenário que nos deparamos atualmente são corpos negros que acabam por se autodestruir por não encontrar meios de subverter a lógica e a estrutura racista do nosso país. Os meios que estes corpos utilizam, muitos deles são o uso de álcool e drogas, um meio de fuga e sedação de tantas dores e marcas.

No final de 2021, houve a contratação de uma mulher negra, cuidadora em saúde, aluna de serviço social, que iniciou um grupo de leitura toda sexta-feira à tarde sobre a história do povo negro, com os pacientes e profissionais negros e negras do CAPS, com o objetivo master de enegrecer um serviço localizado em um território tão privilegiado socialmente, tal trabalho tem rendido bons frutos. Em análogo, quando pensamos em mulheres negras, soma-se a discriminação racial a de gênero e temos um contexto de dupla opressão que causa graves consequências na saúde mental dessas mulheres, prejudicando sua autoestima, relações e convívio social, favorecendo o isolamento que muitas vezes pode ser confundido com timidez, depressão, ansiedade e autoextermínio.

Em relação a situação de moradia, 54% dos pacientes acompanhado pelo CAPS no primeiro semestre de 2021 moram em residência, 32% em hospedaria ou moradia alugada, 8% estão em situação de rua, 4% em serviço de residência terapêutica, 2% encontram-se em unidades de acolhimento, e 1% em abrigo.

Os SRTs, popularmente conhecido como residências terapêuticas, são casas, locais de moradia, destinados a pessoas com transtornos mentais egressas de longas internações psiquiátricas. São casas localizadas no espaço urbano. O número de usuários pode variar desde 1 indivíduo até um pequeno grupo de no máximo 8 pessoas, que deverão contar sempre com suporte profissional sensível às demandas e necessidades de cada um. Cada casa deve estar vinculada ao CAPS de referência do território. No caso da Zona Sul, há duas residências terapêuticas, localizadas no Humaitá onde mora em torno de 6 pessoas em cada casa, advindas de internações psiquiátricas superiores há 2 anos, anterior a 2000.

Denota-se, de grande relevância o alcance de pessoas em situação de rua, ainda que a maioria tenha moradia, haja vista a natureza pública do serviço. Tendo em vista, que ao tratar-se de serviços de saúde privados não há qualquer cobertura dessas pessoas que acabam por ser considerados cidadãos invisíveis.

Referente à renda dos pacientes acompanhados pelo CAPS, temos 44% dos usuários tendo como renda o Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência, 27% sendo aposentados, 17% beneficiados pelo Programa Volta para Casa, 6% pelo então Bolsa Família, 4% pelo Bolsa Rio e 2% recebem pensão.

O "Programa de Volta para Casa" (PVC) - Lei 10.278, de 2003, foi implantado pelo então Senador Humberto Costa, Ministro da Saúde do governo Lula, tal programa instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial, hoje no valor de R\$ 412 mensais para assistência, acompanhamento e integração social de pacientes com transtornos mentais egressos de internação em hospitais psiquiátricos por um período igual ou superior a dois anos. O PVC tem o objetivo de restituir o direito do paciente de morar e conviver em liberdade, além de promover a autonomia e o protagonismo do beneficiado. Por isso, é considerado fundamental no processo de desinstitucionalização (desconstrução de práticas manicomiais) e reabilitação psicossocial das pessoas com história de internação de longa permanência, como prega a reforma psiquiátrica.

Em seu site, o Ministério da Saúde informa que o PVC faz parte do processo de reforma psiquiátrica, que visa reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos; qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar — como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e leitos de saúde mental em hospitais gerais — e incluir ações de saúde mental na atenção básica"

Outro ponto é a quantidade expressiva de usuários da saúde mental que possuem o benefício assistencial e possuem o desejo de estar no mercado de trabalho, porém, encontram diversas barreiras e impedimentos para essa inserção. Constata-se, assim, que o direito ao

trabalho foi cerceado aos “loucos” durante mais de um século, pela irreversibilidade da internação no hospital psiquiátrico, garantindo assim o controle sobre os processos de inclusão e exclusão dessas pessoas do mercado de trabalho, com a justificativa da inabilidade e cronicidade da doença mental.

Essa exclusão das relações de trabalho imposta pelo modelo manicomial excluiu as pessoas com questões de saúde mental, não só da participação em atividades laborais como também de todas as relações de trocas que compõem as tramas sociais. Desse modo, as iniciativas de geração de renda aparecem como alternativa à dificuldade de inclusão dos usuários e usuárias da saúde mental no mercado capitalista de produção. Os empreendimentos solidários, cooperativas e as oficinas de geração de trabalho e renda ligadas à saúde mental, dentro dos pressupostos da reforma psiquiátrica, da reabilitação psicossocial e dos princípios da economia solidária, têm se apresentado como importantes recursos de inclusão social pelo trabalho da rede de atenção psicossocial brasileira. Além de importantes estratégias de promoção do protagonismo dos usuários, usuárias e familiares para o exercício da cidadania (BRASIL, 2015).

Em relação ao diagnóstico, 53% dos pacientes acompanhados pelo CAPS é diagnosticado do F20 ao F29, 28% estão com diagnóstico especificado como "outros", 8% estão diagnosticados do F31 ao F39, 3% foram diagnosticados do F10 ao F19, F60 a F69 e F80 ao F89 e 1% do F01 a F09, F50 a F59 e F70 a F79. O grupamento que prevalece no diagnóstico dos usuários é o CID F20 a F29 que reúne a esquizofrenia. A categoria mais importante deste grupo de transtornos, é o transtorno esquizotípico e os transtornos delirantes persistentes e um grupo maior de transtornos psicóticos agudos e transitórios.

Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, ideias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos.

No que se refere ao uso de álcool e drogas, 33% dos assistidos pelos CAPS são adictos de maconha, 33% de cocaína e crack, 25% de álcool, 6% fazem uso de tabaco, 1% faz uso de inalante, 1% de alucinógenos, 1% de anabolizante e 1% está especificado como "outros".

Estudos revelam que o uso abusivo de álcool e outras possui relação direta com o sofrimento social e mental. De 1990 a 2010, o Movimento da Reforma Psiquiátrica avança na direção da construção e consignação de direitos da pessoa com transtorno mental. Em contrapartida, em certo momento, o Movimento da Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental começa a sofrer uma intensa oposição, esta acaba por ganhar a hegemonia na Associação Brasileira de Psiquiatria, cujo projeto é condensado nas “Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil”, de 2006 – “epidemia do crack”, apesar do álcool constituir-se como maior problema no país.

Em 2011, há a inserção das CTs na RAPS, por meio da Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012, como componente substitutivo, que não atende as exigências para ser considerado um serviço de saúde, pois atua na perspectiva manicomial, com cunho religioso e sem uma equipe técnica para compor a rede de saúde mental.

Desse modo, há um grande retrocesso, quando se fala da Política Nacional de Álcool e outras Drogas, na medida que o caráter de Redução de Danos é substituído pelo caráter novamente manicomial.

Em relação a origem dos usuários que chegam ao CAPS, temos que 31% vieram por demanda espontânea, 30% por internação psiquiátrica, 12% advindos da emergência psiquiátrica, 6% vieram da Clínica da Família, 3% de outro CAPS, 1% da Justiça, 1% da Assistência e 16 % estão especificados como outros. Dado o exposto, temos uma porcentagem significativa advinda do hospital psiquiátrico, evidenciando que a maior parte das pessoas ainda referem-se de imediato ao hospital psiquiátrico como local de tratamento para o transtorno mental.

Destarte, evidencia uma fragilidade da Rede de Atenção Psicossocial operante nos territórios, haja vista, o progressivo desmonte e retrocesso sofrido em diversas instâncias da política, o que acaba por resultar nos números acima, de referência primária do usuário e ou família ao hospital psiquiátrico.

Por conseguinte, a partir da pergunta a quinze usuários em relação a sua escolaridade, em fevereiro de 2022, verificou-se que 0% de analfabetos, seguido de 38% com graduação completa, 26% com ensino médio completo, 21% com fundamental incompleto, e 15% com fundamental completo. Observa-se que há uma particularidade relacionada a localização do serviço, pela margem de usuárias e usuários que possuem nível superior em contraponto com serviços de saúde de outros territórios como Zona Oeste e Zona Norte.

Outro dado importante, verificado a partir da análise dos prontuários é a existência, nesse período, de cento e cinquenta e oito prontuários sem informação, o que denota uma

falha de transferência de informação, dando a entender que este instrumento não é compreendido como um documento de caráter também jurídico. Essa compreensão acaba por ofuscar as possibilidades de inovar na organização espacial, administrativas e gerenciais, de forma que inviabiliza alternativas que possam ampliar o potencial informativo e interativo da equipe de saúde. Conclui-se, que o diálogo entre os profissionais não se dá através do prontuário. E que, além disso, tal instrumento não cumpre a missão que é estabelecer essa relação entre sujeitos, sejam eles profissionais ou usuários (DESLANDES, 2010)

O prontuário é uma construção coletiva, que implica múltiplas ações de registro especializado em um universo de linguagens e de relações complexas entre os saberes e as práticas dos profissionais que integram as equipes de saúde, no sentido de dar transparência aos procedimentos realizados na assistência aos usuários dos serviços, melhorando a qualidade e a eficácia da atenção ao paciente (DESLANDES, 2010).

Portanto, é parte constituinte do que Habermas (1996), define como ‘agir comunicativo’, ou seja, a linguagem na sua dimensão teleológica, como fonte de integração social que valoriza a força consensual dos processos linguísticos de se obter entendimento.

Dado o exposto, o prontuário é um instrumento do paciente, integrando um sistema de registro que deve conter dados de identificação e relativos à história do indivíduo na interface entre processo de adoecimento e situação social de forma compreensível. Para a equipe de saúde, o registro é material sigiloso, cujo acesso é facultado apenas aos profissionais envolvidos no atendimento e aos usuários a que se referem (HABERMAS, 1996 apud DESLANDES, 2010).

3.3 Reflexões e inquietações diante da experiência de estágio

A partir dos acompanhamentos e escuta que realizei a mulheres de diferentes classes sociais que necessitavam de cuidados formais em saúde mental e encontravam-se em intenso sofrimento, surgiu-me a inquietação referente ao impacto das múltiplas expressões da questão social na vida de mulheres em sofrimento psíquico, o quanto essas expressões contribuem para agudização do sofrimento e regressão do quadro clínico e social destas mulheres, que muitas vezes tem suas necessidades negligenciadas pelos serviços e profissionais.

Nesse caminho, reflito sobre a necessidade de pensar o lugar da mulher na Reforma Psiquiátrica, além da máxima de não haver outra tecnologia a ser aplicada ao sujeito que a tecnologia do encontro, afeto, acolhimento, escuta e construção mútua com o sujeito de sua vida e cuidado no território. Por conseguinte, o estudo de Garcia (1995), oriundo de sua dissertação de mestrado, traz relatos de mulheres em situação de sofrimento mental internadas

em duas instituições psiquiátricas paulistas (Clínica Maia, particular conveniada ao SUS e Hospital Psiquiátrico Pinel, estadual). Dentre as 68 pacientes estudadas por Garcia (1995), houve um predomínio de mulheres em faixa etária reprodutiva (até 45 anos), solteira e sem filhos, com baixa escolaridade e profissões ligadas ao lar.

Em sequência, o estudo de revisão efetuado por Brunette e Dean (2002) apontou que mais da metade das mulheres com doenças mentais severas possuíam filhos e, destas, entre 10 e 20% possuíam crianças ainda dependentes de cuidados. "Nos primeiros anos após o nascimento de um filho, a mulher teria seu risco aumentado de apresentar uma doença mental ou de uma recaída quando já diagnosticada. A mania poderia ser observada em mulheres com desordem bipolar não tratada e 10% desenvolveriam depressão maior após o parto, sendo que outras 10%, com diagnóstico de esquizofrenia, poderiam ter recaída. Mulheres com sintomas psicóticos poderiam, através de alucinações, colocar em risco a vida da criança e a sua.

A revisão apontou ainda que, em decorrência do efeito da medicação, as necessidades das crianças podem não ser percebidas e a necessidade de ajuda para exercer a função materna pode não ser reconhecida.

Com isso, há uma grande importância dos profissionais conhecerem os serviços comunitários que possam assistir a pacientes que tenham filhos, sendo necessário a comunicação dos profissionais de saúde mental com os diferentes serviços do território. Sendo de suma importância para os casos de pacientes em estado agudo (KOHEN, 2001).

Diaz-Caneja e Johnson (2004) apontam que, na literatura, há um predomínio de expectativa estereotipada, por parte dos serviços, a respeito de que pessoas com esquizofrenia sejam, em sua maioria, solteiras, morem sós, com seus pais ou em moradia protegida, e que não possuam filhos. O estudo aponta que o número de filhos de mulheres com doença mental severa seria maior do que o número de filhos de homens na mesma situação, sendo comum a perda da custódia dos filhos entre as mulheres. Quando o transtorno psíquico afetava mulheres jovens, que residiam sós ou com dificuldades financeiras, a experiência poderia ser ainda mais prejudicial. A intervenção profissional, nesses casos, seria importante forma de ajudar a manter a custódia das crianças com a mãe (PERGORARO e CALDANA, 2009).

Arbex (2013), traz à tona o caso de Suely, ⁹internada por trocar favores sexuais por merenda em Belo Horizonte. Suely Aparecida Rezende viveu por 31 anos no Hospital

⁹ História apresentada no livro *Holocausto Brasileiro* de Daniela Arbex, 2013.

Psiquiátrico de Barbacena e teve sua filha retirada dez dias após ter dado à luz. É relatado que Suely, no momento de seu parto, ela não só ajudou, mas também lutou como uma leoa para amamentar sua cria, porém não conseguiu, provavelmente devido aos medicamentos, vide o mesmo acontecimento com a usuária que acompanhei na internação no Hospital Philippe Pinel. Destaca-se que pelo menos três dezenas de bebês nascidos no Colônia foram doados logo após o nascimento sem que suas mães biológicas tivessem a chance de niná-los, sendo, compreensível, assim, que, depois disso, muitas mulheres tivessem, de fato, enlouquecido. Pude ouvir diversos relatos de mulheres que após a retirada de seus filhos e o impedimento de contato, o seu quadro mental piorou de forma significativa, havendo o relato de não haver mais sentido na vida.

Sueli Rezende procurou por sua filha Débora a vida inteira. Os prontuários do hospital revelam que, nos vinte e dois anos seguintes ao parto, ela se lembrou de todos os aniversários da filha, rezando por ela com o terço rosa. Daniela Arbex (2013), relata os desdobramentos dessa separação não só para Suely que sofreu todos os anos posteriores a retirada de sua filha, mas também relata o sofrimento de Débora por não saber quem era sua mãe biológica e de forma lamentável quando esta consegue descobrir, Suely já havia falecido.

Pontua-se que Suely pelas dores vivenciadas demonstrava-se em muitos momentos uma pessoa agressiva com os outros e consigo. Após décadas de desumanização e violações, Suely no final de sua vida compõe a seguinte música:

Ô seu Manoel, tenha compaixão
Tira nós tudo desta prisão
Estamos todos de azulão
Lavando o pátio de pé no chão
Lá vem a boia do pessoal
Arroz cru e feijão sem sal
E mais atrás vem o macarrão
Parece cola de colar bolão
Depois vem a sobremesa
Banana podre em cima da mesa
E logo atrás vêm as funcionárias
Que são umas putas mais ordinárias

A música virou hino do hospital. Segundo Arbex (2013), as estrofes ritmadas, fazem parte de uma clara crítica ao modelo manicomial e ao isolamento que aprisionava a alma. Além da produção desse hino, da década de 1990, Suely já tomada pela depressão e

problemas cardíacos aprendeu a bordar e até o fim de sua vida trazia falas da dor que era não saber onde estava sua filha.

Consoante a isso, descrevo o exemplo do caso de uma usuária do CAPS: mulher, mãe de dois filhos e proibida há três anos de ter acesso aos seus filhos até por meio virtual pela família de classe média alta de seu ex-marido. A restrição imposta a essa mulher causa uma enorme agudização do seu sofrimento mental. Em consequência, acompanhei seguidas tentativas de contatos fracassadas e presenciei diversas tentativas desta mulher de passagem ao ato, por dizer não aguentar mais não ter contato com seus filhos.

Nesse sentido, o medo de perda de custódia dos filhos é algo recorrente na vida de mulheres em sofrimento mental, além de conviver com esse medo essas mulheres precisam conviver com os estigmas que implicam em sentimentos de que não são capazes de exercer a maternidade, havendo dificuldades emocionais e práticas para exercer o papel de mãe, sendo necessário suporte familiar e profissional. Com isso, a necessidade de ter sua função materna preservada deve ser uma das diretrizes dos tratamentos de saúde mental (Nicholson e col., 1998a).

O relacionamento destas mulheres com sua família, que por vezes está permeado por dificuldades, pode requerer a intervenção dos profissionais de saúde junto à família, já que a falta de suporte social pode ser um fator de risco para a mãe e a criança.

Com base nisso, a presença da mulher nos serviços de saúde mental deve permitir discussões a respeito da condição da mulher que tem filhos, reconhecendo as especificidades dessa condição, criando, desse modo, possibilidades de uma nova forma de cuidar, ao envolver família não apenas como fonte de informações sobre a paciente, mas como grupo do qual ela originou-se e ao qual retornará, além de envolver o Estado, no que concerne a necessidade de criações de políticas públicas.

Evidenciando a impreterível análise de Iamamoto (2006) de que o assistente social possui, na sua intervenção profissional, uma dimensão material-assistencial – que se configura através da prestação de serviços, dos benefícios, programas, projetos etc. – e uma dimensão que é imaterial, e que influencia as formas de viver e de pensar dos sujeitos por ele atendidos.

De acordo com a autora (IAMAMOTO, 2006, p. 68):

[...] o assistente social não trabalha só com coisas materiais. Tem também efeitos na sociedade como um profissional que incide no campo do conhecimento, dos valores, dos comportamentos, da cultura, que, por sua vez, têm efeitos reais interferindo na vida dos sujeitos. Na dimensão imaterial, e que é “ideopolítica”, temos, de acordo com Paula (2009), a possibilidade de promover nos sujeitos que são alvo da intervenção profissional reflexões

que lhes proporcionem mudanças nos valores, comportamentos e atitudes da população, das quais podem resultar processos de reivindicações, enfrentamentos e resistências coletivas das situações de sua vida cotidiana. No entanto, não podemos desconsiderar o tenso e contraditório terreno no qual o Serviço Social adquire existência.

Em análogo, deve-se haver um cuidado na elaboração e estruturação correta de tal análise para que não haja a moralização do indivíduo ou família e conseqüentemente sua culpabilização, desconsiderando a responsabilização do Estado frente às expressões da questão social que são produtos intrínsecos do capitalismo.

Destarte, apresentam-se como **resultado da pesquisa** em relação a desigualdade de gênero, a sobrecarga física e mental do trabalho, sendo este o principal fator relacionado a maior vulnerabilidade das mulheres ao sofrimento psíquico. Em mulheres com alta sobrecarga doméstica, o índice de aparecimento de transtorno mental vai de 1 a cada 5 para 1 a cada 2 mulheres.

Por conseguinte, outro fator recorrente as mulheres é a baixa qualidade do emprego, com predomínio da informalidade do caráter temporário e das precariedades dos vínculos, o que gera temor e ansiedade, cenário que pode piorar quando somado ao trabalho de casa, onde as mulheres têm de administrar o trabalho remunerado e tarefas domésticas. Além disso, tem-se os padrões irregulares de carreira, devido ao tempo fora do mercado de trabalho para cuidar dos filhos e da casa, licença maternidade, doenças físicas e questões de saúde mental que podem afetar a percepção sobre a disponibilidade e comprometimento da mulher sobre a qual se baseiam muitas contratações, levando a discriminação e exclusão do mercado de trabalho (Instituto Cactus, 2022).

Ademais, os profissionais de saúde mental admitem que nos atendimentos, no geral, as mulheres se calam sobre questões de violência de gênero, ao mesmo tempo em que intensificam a procura por serviços de saúde, sendo estereotipadas como “poliqueixosas”. Este estigma e preconceito além de prejudicar as estratégias de tratamento, é também uma forma de violência institucional contra mulheres, além o ser mulher acarreta a prescrição de mais medicações psiquiátricas que atuam sobre o humor, inclusive em doses excessivas, que podem ocasionar outras queixas de saúde (Instituto Cactus, 2022).

Nesse sentido, a falta de compreensão e fragmentação dos serviços de saúde é um desafio importante nos cuidados em saúde mental das mulheres, sendo necessário o desenvolvimento de estratégias para que os profissionais de saúde tenham o aporte teórico para compreender o lugar que a mulher ocupa na sociedade.

3.4 Serviço Social e Saúde Mental

Dada a importância do Assistente Social frente as requisições da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, torna-se relevante compreender que sua inserção no Brasil, se deu de forma mais significativa, no período ditatorial militar do país, quando a política de saúde se consolidava pela privatização e a saúde mental pela hospitalização psiquiátrica e manicomial. Entretanto, a consolidação dessa participação profissional ocorre com a criação do SUS, a partir da definição da concepção ampliada de saúde, que engloba as condições “[...] de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso à serviços de saúde” (Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, Anais, 1987, p.382 apud BRAVO, 2010, p. 89).

Soma-se também ao início da maturidade da tendência atualmente hegemônica, a partir da década de 80, na academia e nas entidades representativas do Serviço Social, conhecida como intenção de ruptura ligada a interlocução real com a tradição marxista. Nesse contexto, o Brasil, passava por um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que se evidenciou na ditadura militar. Nessa conjuntura há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e a incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo e movimento sanitário, que vem sendo construído desde meados dos anos 70, conseguindo avançar na elaboração de propostas de fortalecimento do setor público em oposição ao setor privado (BRAVO, 2009).

Destaca-se como ideais da Reforma Sanitária, a democratização do acesso, a universalidade das ações e a descentralização com controle social, sendo a premissa básica a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Desse modo, é inegável a influência que o Serviço Social recebe nesta conjuntura, (de crise do Estado brasileiro, de falência da atenção à saúde e do movimento de ruptura com a política de saúde vigente e construção de uma reforma sanitária brasileira).

No entanto, o projeto político econômico consolidado no Brasil, nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto profissional hegemônico no Serviço Social, tecido desde a década de 80 com o projeto da Reforma Sanitária. A partir do exposto, identificou-se, já nos anos 90, que havia dois projetos políticos em disputa na área da saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária que apresentaram diferentes requisições para o

Serviço Social (BRAVO, 1998).

Revelando assim, uma relação conturbada à medida que o projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Já o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã, o que se correlaciona com o projeto hegemônico da profissão. Ante o exposto,

A inserção dos assistentes sociais nos serviços de saúde é mediada pelo reconhecimento social da profissão e por um conjunto de necessidades que se definem e redefinem a partir das condições históricas sob as quais a saúde pública se desenvolveu no Brasil, além de considerar os determinantes histórico-sociais no processo saúde-doença (COSTA, 2000).

Pontua-se que profissional de Serviço Social, enquanto classe trabalhadora, vivencia a precarização do trabalho no seu cotidiano, começando pelo vínculo empregatício terceirizado, no qual o profissional sente-se fragilizado, pois seu trabalho é submetido por duas instituições – uma que materializa o seu trabalho, sendo esta o Estado e outra que contrata, sendo as empresas privadas – no qual dificulta as suas ações e sua autonomia na instituição.

O Serviço Social: “(...) tem na flexibilização uma forma de precarização do seu trabalho tanto como segmento da classe trabalhadora quanto como profissional que atua no âmbito dos serviços, das políticas e dos direitos sociais (GUERRA, 2010).

Em vista disso, Bravo (2001), destaca que os desafios postos aos profissionais, em especial os Assistentes Sociais, estão assentados com base nas principais diretrizes: da intersetorialidade; da interdisciplinaridade de atuação em equipe; de cooperação de ensino e atenção entre os profissionais que atuam no campo da Saúde Mental, trocando informações e saberes; de gestão, no viés de coordenação de instrumentos de trabalhos precários, sem o subsídio suficiente para dar suporte ao melhor atendimento para com os usuários; de controle social e o processo contemporâneo de desinstitucionalização, com um viés mais humanizado

não tão focado somente na patologia dos usuários. Desse modo,

Os Assistentes Sociais contribuem para o campo da Saúde Mental, com base no Código de Ética profissional de 1993 e na Lei de Regulamentação da profissão, formulando e implementando propostas que contribuam com a cidadania, mantendo um olhar crítico sobre o usuário de Saúde Mental e seus familiares, assim, o Serviço Social se encontra inserido nessa realidade contraditória, em que o neoliberalismo acontece simultaneamente ao Movimento de Reforma Psiquiátrica (GUIMARÃES, 2013).

No entanto, a profissão mesmo com o advento das propostas neoliberais, insere-se no processo das relações sociais tendo em vista a construção de uma prática emancipadora, em que o assistente social desenvolva uma crítica à sociedade burguesa e à loucura na sua correlação com o capitalismo. Nesse contexto, o profissional não deve buscar apenas técnicas para atuar na saúde mental, mas deve, também, desenvolver metodologias adequadas a essa realidade e, ainda, deve avançar na análise crítica da sociedade nas suas refrações com a loucura, para daí conceber as mediações necessárias à intervenção nesse campo (GUIMARÃES apud, 2013, p. 6).

Em análogo, o reconhecimento da questão social como objeto de intervenção profissional (conforme estabelecido nas Diretrizes Curriculares da ABEPSS, de 1996), demanda uma atuação profissional em uma perspectiva totalizante, baseada na identificação das determinações sociais, econômicas e culturais das desigualdades sociais. Com isso, para explicitar os parâmetros de atuação profissional na saúde é importante caracterizar o entendimento de ação profissional que se estrutura sustentada no conhecimento da realidade e dos sujeitos para os quais são destinadas, na definição dos objetivos, na escolha de abordagens e dos instrumentos apropriados às abordagens definidas (MIOTO; NOGUEIRA, 2006).

Desse modo, o conceito de saúde contido na Constituição Federal de 1988 e na Lei no 8.080/1990 ressalta as expressões da questão social, ao apontar que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação e indica como fatores determinantes e condicionantes da saúde, entre outros, “a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

De acordo com Iamamoto (1982), as expressões sociais devem ser compreendidas como um conjunto de desigualdades da sociedade capitalista, que se expressam por meio de

das determinações econômicas, políticas e culturais que impactam as classes sociais.

Nessa concepção, é fundamental o contexto e as condições sociais que impactam o processo saúde-doença

O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da incorporação dos conhecimentos e das novas requisições à profissão, articulados aos princípios dos projetos da reforma sanitária e ético-político do Serviço Social. É sempre na referência a estes dois projetos que se poderá ter a compreensão se o profissional está de fato dando respostas qualificadas às necessidades apresentadas pelos usuários (MATOS, 2003).

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (MATOS, 2003).

Outrossim, é relevante discutir a dimensão do trabalho do Serviço Social na saúde no formato de plantões, pois, tal formato, apresenta-se como uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais e as possibilidades de práticas contidas na realidade do objeto da ação profissional, devido a uma desconexão do trabalho do assistente social com a teoria (VASCONCELOS, 2009).

Na medida que o trabalho ser dado dessa forma, evidencia uma organização feita de forma individualizada por parte dos assistentes sociais, o que determina a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais. Análogo a isso, tem-se o impasse dos plantões serem constituídos em ações imediatas, isoladas e assistemáticas, que promovem encaminhamentos, orientações, aconselhamentos e apoio sobre a(s) doença(s).

Desse modo, a prática dos assistentes sociais no plantão corre grave risco de reduzir-se a uma prática burocrática, não assistencial, visto que prioriza respostas a demandas por informação e orientação pontuais e não por recursos materiais, capacitação e organização (VASCONCELOS, 2009).

Surge assim a necessidade dos assistentes sociais projetar e empreender uma prática tendo em vista uma participação consciente e de qualidade no enfrentamento dessa orientação econômico-social na direção dos interesses históricos dos diferentes segmentos da classe trabalhadora. Uma ação consciente, que exige a capacidade de antecipar, de projetar;

capacidade que não está dada, mas é algo a construir e alcançar.

Sendo assim, uma das propostas de trabalho profissional para materializar Projeto Ético-Político do Serviço Social, é despende energia em ter uma ação profissional que rompa com o conservadorismo preponderante no domínio da prática, partindo de forma consciente de suas referências ético-políticas (VASCONCELOS, 2009).

Para que assim, haja a reconstrução permanente do movimento da realidade do objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo e politizante, que só pode ser empreendido na relação de unidade entre teoria e prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, da mesma forma que o conceito de saúde perpassa por uma visão ampliada que entende a saúde como um completo bem-estar físico, psíquico e social, e não apenas a ausência de doença, a determinação de saúde mental também não se refere apenas a ausência de perturbação mental. Neste sentido, a saúde mental tem sido cada vez mais entendida como produto de múltiplas e complexas interações, que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Pode-se citar os seguintes fatores sociais e econômicos que influenciam a saúde mental, salientam-se os seguintes determinantes: emprego, educação, pobreza, habitação, urbanização, discriminação sexual e violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social e estigma, cultura e acontecimentos da vida estressantes.

Desse modo, a presença da mulher nos serviços de saúde mental deve permitir discussões a respeito da condição da mulher acometida por transtornos mentais que necessitam do acesso a cuidados formais em saúde mental e são atravessadas por múltiplas expressões da questão social como estigmas relacionados a seu diagnóstico, julgamento de incapacidade de matinar, falta de suporte social e familiar, dificuldade de entrar no mercado de trabalho e entre outras questões que corroboram para o agravamento do quadro e consecutiva piora clínica e social. Em consonância, há a necessidade de envolvimento da família no cuidado formal em saúde mental das mulheres, havendo o compartilhamento das necessidades que perpassam essas mulheres na sociedade e apoio que elas necessitam para a melhora do quadro.

Para além disso, pontuamos que a contrarreforma do Sistema Único de Saúde, contrária a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica - movimento de mudança social e cultural do paradigma da saúde na sociedade, faz haver uma luta maior por parte dos assistentes sociais para assegurar, em certa medida, o tratamento adequado e humanizado a essas mulheres que atravessam diversas vivências dolorosas, marcadas por invisibilidade e dificuldade social.

Segundo Melman (2002), uma das funções da equipe de saúde mental é auxiliar a família na gestão de sua vida cotidiana. No caso de mulheres com filhos dependentes de cuidado, é preciso que as equipes forneçam suporte às famílias cujas mulheres apresentam quadros graves, que necessitem de internação ou que demandem cuidado contínuo. Para que se assista, homem ou mulher, de forma a não extirpar o contexto de vida da história de cada um, aos serviços de saúde mental não resta outra alternativa que a atuação em rede e em território.

Ante o exposto, o modelo biomédico de assistência à saúde, associado à desconsideração das alterações sofridas nos papéis sociais que as mulheres exercem, embasadas numa concepção cristalizada do sexo feminino, cuja identidade encontrar-se-ia presa ao ambiente doméstico, não permite que o serviço seja qualificado como "locus de acolhimento e transformação", por não propiciar que as mulheres sejam agentes de mudança de para seus próprios processos, no desenvolvimento da capacidade autorreflexiva sobre reações e sinais de seu corpo e sua sexualidade (Carvalho e Dimenstein,2004).

De acordo com Miliken e Northcott (2003) o cuidado é como um processo contínuo que engloba a vida nas esferas social, emocional e material. Do ponto de vista da prestação de cuidados formais, portanto, conhecer as consequências da assistência oferecida a um familiar portador de doença mental grave é essencial para melhor planejamento dos serviços de reabilitação psicossocial. Entretanto, uma prática comum entre equipes de saúde ao prestar atendimento a familiares resume-se a listar informações tidas como relevantes sobre o tratamento e o prognóstico, sem que exista espaço para ouvir as experiências vividas pela família nas atividades de cuidado, além de suas dúvidas.

Segundo Maranhão (2000), o ato de cuidar está vinculado à capacidade, daquele que cuida, de identificar as dificuldades do outro, tendo sempre como objetivo a promoção do crescimento de quem recebe este cuidado. A forma de identificar quais as necessidades de cuidados do outro pode ser compreendida como uma construção social, por ser efetivada no interior da cultura, podendo sofrer variações de um segmento social a outro. O cuidado com a saúde pode ser uma ação priorizada e organizada a partir das concepções sobre o processo saúde doença, o desenvolvimento humano e o contexto sociocultural dos indivíduos que se estuda.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. (org.) **Loucos pela Vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Panorama ENSP. 1995.143p

ARBEX, Daniela. Holocausto Brasileiro. **Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AROUCA, A. Sérgio S. **Saúde é democracia. Anais 8a Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-42.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Art. 196 a 200. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências.

BRASIL. **Lei no 10.216, de 6 de abril de 2001**. "Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental." ("Q794335 - Questões de Concursos | Qconcursos.com") Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L102016.htm. Acesso em: 15/02/2022

BRASIL. **Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003**. Dispõe sobre o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Brasília, DF. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 35-42.

BRASIL. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 19/10/2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016**. "Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal, e dá outras providências." ("Emenda Constitucional nº 95 - Planalto") Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc95.htm. Acesso em: 01 dez. 2021.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete et al.(orgs). Serviço Social e Saúde. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009, p.88-110

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro. **Projeto ético-político do Serviço**

Social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-7.pdf

CFESS na Plenária simultânea “**Política de Saúde Mental e os Serviços Substitutivos aos Hospitais Psiquiátricos: a inserção de assistentes sociais**”, Olinda: CFESS /CRESS 4a Região, jun. 2009. (mimeo).

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS no 273, de 13 de março de 1993, com as alterações introduzidas pelas Resoluções CFESS no 290/1994 e n. 293/1994.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Lei de Regulamentação da Profissão de Assistente Social.** Lei no 8.662, de 7 de junho de 1993. "Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências."

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, 2020.

COSTA, Gracyelle. **Assistência Social, no enlace entre a cor e gênero dos(as) que dela necessitam.** O Social em Questão. Ano XX, n. 38, mai/ago 2017.

F20-F29. **Esquizofrenia, Transtornos Esquizotímicos e Transtornos Delirantes.** TributaNet. Disponível em: https://www.tributa.net/old/previdenciario/cid10/f20_f29.htm. Acesso em: 23/02/2022

FERREIRA, T. P. S. et al. **Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais.** Interface (Botucatu) [online]. 2017, vol.21, n.61, pp.373-384. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832017000200373&script=sci_abstract&tlng=p

FLEURY, Sônia. **"Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído."** Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf
Rio de Janeiro: Editora da Fiocruz, 2009, p.28-65. (Livro formato e-book interativo)

GUIMARÃES, Thaís de Andrade Alves; ROSA, Lucia Cristina dos Santos. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista.** In: O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_44_art5.pdf

KODA, Mirna Yamazato e FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23:1455-1461, jun, 2007

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social.** In: NUNES, E.D (org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. Coleção Textos, N 3. São Paulo: Global Editora, 1983.

Disponível:https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6126/mod_resource/content/1/Conteudo_on-line_2403/un01/pdf/Artigo_A_SAUDE-DOENCA.pdf

Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

MATOS, Maurílio Castro de. **O neofascismo da política de saúde de Bolsonaro em tempos perigosos da pandemia da COVID-19.**

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: Reflexões para o exercício profissional.** São Paulo: Cortez, 2013. (Livro impresso).

MATOS, Rubens Araújo. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004

MEDEIROS, Patrícia Flores. GUARESCHI, Neusa Maria. **Políticas públicas de saúde das políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Estudos Feministas, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril/2009.

MESQUITA, A. e DESLANDES, S. **A construção dos prontuários como expressão da prática dos profissionais de saúde.** In: Saúde Social, São Paulo, v.19, n.3, p.664-673, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/17.pdf>

MERHY, Emerson. **"O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?"** ("O ATO DE CUIDAR: a alma dos serviços de saúde? - PUC-SP") Campinas, 1999. Disponível em: <www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf>.

NICÁCIO, Maria Fernanda. **O processo de transformação em saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica; 1994.

PAIM, Jairnilson. **A criação e implementação do SUS (Capítulo 3) In: O que é o SUS.** Rio de Janeiro

PAIM, Jairnilson. **Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira.** In: Fleury, Sônia. (Org). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial. ("Saúde e democracia: a luta do CEBES") p. 11-24 (material impresso).

PASSOS, Rachel Gouveia. **"Holocausto ou Navio Negro?": inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira.** In:Argumentum, Vitória (ES), v. 10, n. 3, p. 10-22, set./dez. 2018 Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/21483/15672>

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; BARROS, Monalisa Nascimento dos Santos; AUGUSTO, Maria Cecília Nóbrega de Almeida. **O cuidado em saúde e o paradigma Biopsicossocial e a subjetividade em foco.,** 2011, v.9, n.17, p. 523-536.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília, 2004.

Política Nacional de Promoção de saúde. Brasília, 2010.

PEGORARO, Renata e CALDANA, Regina. **Mulheres Loucura e Cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental.** Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, 2008.

PINTO, Elizabete Aparecida. **O lugar do negro nas instituições de assistência social.** In: _____. O serviço social e a questão racial: um estudo de sua relação com usuários negros. São Paulo: Terceira Margem, 2003, p. 44-53.

PRONTUÁRIO Prime Saúde Mental, 2021.

Resolução CFESS no 383, de 29 de março de 1999. Caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

ROBAINA, Conceição Maria Vaz. **O Trabalho do Serviço Social nos Serviços Substitutivos de Saúde Mental. Palestra proferida no Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde, promovido pelo Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA, D. M. B. da. **"A participação do Serviço Social na implantação do novo modelo de atenção em saúde mental: estudo sobre a atuação dos assistentes sociais nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Alagoas,** Maceió, 2008. 96 p. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Alagoas.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da e RODRIGUES, Maria Lucia. **Serviço Social e o cuidado em saúde.** Serv. Soc. & Saúde, Campinas, SP, v.14, n.1, jan./jun. 2015.

SOARES, Luciana de M. L. **Estudo analisa Serviços Residenciais Terapêuticos no Rio.** Agência FioCruz de Notícias, 2017.

Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/estudo-analisa-servicos-residenciais-terapeuticos-no-rio>. Acesso em: 23/02/2022

SOARES, Rachel C. **A racionalidade da contrarreforma na política de saúde e o Serviço Social.** In: BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. (Orgs.). Saúde, serviço social, movimentos sociais e conselhos – desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2013. (Livro impresso).

SOARES, Raquel C. **Governo Temer e contrarreforma na política de saúde: a inviabilização do SUS.** Revista Argumentum. Vitória, v. 10, n.1, p. 24-000, jan./abr. 2018.

Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/argumentum/article/view/19496>

SOARES, Raquel C. **Contrarreforma na política de saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000.** In: MOTA, A. E. (Org.) As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social. Recife: Ed da UFPE, 2010, p. 337-379. (Livro impresso).

HISTÓRIA das políticas de saúde no Brasil. Direção de Renato Tapajós. Rio de Janeiro, 2018. Videocdocumentário.

EM NOME da razão. Direção de Helvécio Ratton. Rio de Janeiro, 1979. Videocdocumentário.

TRINDADE, Rosa Lucia. ALVES, Marcela Marcelino. SILVA, Jyslane Feitosa. MOURA, Heline Caroline. OLIVEIRA, Rafaela Gomes. **O Serviço Social na Política de Saúde Mental e na Política sobre Drogas na Atualidade.** Anais do 16º Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social. Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: MOTA, Ana Elisabete et al (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-5.pdf

VASCONCELOS, A. M. **A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 3ª ed. São Paulo, Cortez, 2006, p. 21-39, 166-174. (Livro impresso).

ZANELLO, Valesca; COSTA, Humberto. **Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico.** Fractal: Revista de Psicologia, v. 27, n. 3, p. 238-246, set./dez. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.159>