



Eixo: Política Social e Serviço Social

Sub-eixo: Transformações contemporâneas no mundo do trabalho e suas repercussões no trabalho profissional da e do assistente social

DESAFIOS DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DE RETROCESSOS: CAMINHAMOS OU NÃO PARA O FIM DO HOSPÍCIO?

DAIANE PEREIRA MAGALHÃES MORAES¹

Resumo: O presente trabalho é resultado das minhas inquietações com relação à centralidade do Hospital Psiquiátrico na Rede de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro. Objetiva problematizar a centralidade do hospício como um importante articulador da rede e produtor de cuidado. Aborda a situação atual da saúde mental no município do Rio de Janeiro, dando destaque para a conjuntura neoliberal e seus impactos no processo de trabalho, também aponta questões de ordem cultural e organizacional que permeiam o campo e que podem configurar em ameaças de retrocessos.

Palavras-chave: saúde mental; centralidade do hospital psiquiátrico; rede de atenção psicossocial.

Resumen: El presente trabajo es el resultado de mis inquietudes con relación a la centralidad del Hospital Psiquiátrico en la Red de Atención Psicossocial del Municipio de Río de Janeiro. Tiene por objetivo problematizar la centralidad del hospicio como un importante articulador de la red y productor de cuidado. Aborda la situación actual de la salud mental en el municipio de Río de Janeiro, dando destaque a la coyuntura neoliberal y sus impactos en el proceso de trabajo, también apunta cuestiones de orden cultural y organizacional que permean el campo y que pueden configurar en amenazas de retrocesos.

Palabras claves: salud mental; centralidad del hospital psiquiátrico; red de atención psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

No Brasil, a inserção do Assistente Social no campo da saúde mental tem início em 1946, a partir do trabalho em instituições voltadas para a infância (ROSA e MELO, 2009). Posteriormente, o Assistente Social é convocado a trabalhar nos hospitais psiquiátricos, atuando na “porta de entrada e saída dos serviços” (VASCONCELOS, 2007). As ações dos profissionais no interior dessas instituições se limitavam ao levantamento de informações sociais dos usuários e seus familiares, confecção de atestados sociais, orientações sobre

¹ Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal Fluminense. E-mail: <daiane.magalhaes@yahoo.com.br>

documentos e benefícios sociais, informar os familiares a respeito da situação de alta médica, como também encaminhar os usuários para a rede socioassistencial.

É possível afirmar que, com o movimento de Reforma Psiquiátrica, a entrada de Assistentes Sociais no campo da saúde mental deu-se de forma gradativa. Leme (2013, p. 21), vai dizer que “o Serviço Social tem papel fundamental na luta pelos direitos das pessoas, na conscientização, na orientação para a garantia de direitos e em defesa da cidadania”. Enfatiza-se que, antes do movimento de Reforma, as pessoas em sofrimento psíquico grave não eram vistas como cidadãos, como sujeitos com direito a ter “direitos”, pelo contrário, eram isoladas do convívio familiar e do meio social.

Com as mudanças trazidas pelo movimento da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica, a dimensão social passa a ter destaque no campo da saúde mental. O sujeito e todas as suas necessidades, como suporte familiar, o acesso a serviços de saúde, moradia, trabalho, lazer, cultura entre outros, passam a serem considerados fatores determinantes para a vida do usuário. No entanto, a partir da minha inserção como Assistente Social residente em Saúde Mental em uma Enfermaria masculina de um Hospital Psiquiátrico, situado no município do Rio de Janeiro, no período de fevereiro de 2017 a janeiro de 2018, no segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, pude observar a centralidade das internações psiquiátricas na Rede de Atenção Psicossocial, o que configura um desafio aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Diante de uma conjuntura nacional de retrocessos, de aprovação de mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 04 de dezembro de 2017, insistir na internação psiquiátrica como recurso de tratamento pode representar um apoio às novas mudanças instauradas pelas forças conservadoras da psiquiatria, e uma conseqüente ameaça aos avanços já conquistados. Vale lembrar que, a mudança prevê novamente a centralidade nos Hospitais Psiquiátricos (manicômios) e na ampliação do financiamento e na legitimação das Comunidades Terapêuticas. E os retrocessos não param por aí. Em 22 de dezembro de 2017, o Ministério da Saúde publicou a Resolução 32 e a Portaria n. 3.588 que oficializa as medidas que desconfiguram a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial). Paralelo a isso,

em conjunto com o Ministério do Trabalho, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Justiça, publicaram a Portaria Interministerial n. 2, que em 45 dias vai apresentar um Plano de Trabalho para as políticas de drogas. É válido assinalar que, essas mudanças são fruto de um debate não democrático, e não passaram pelos Conselhos Nacionais, inclusive os de Saúde e de Direitos Humanos. Ou seja, são mudanças arbitrárias, que foram implementadas à revelia dos Conselhos Nacionais de Saúde e Direitos Humanos e sem audiências públicas.

Em tempos de retrocessos, o presente trabalho tem como objetivo problematizar a centralidade do Hospital Psiquiátrico como um importante articulador da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro.

2. BREVE RESUMO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) é uma política pública e um projeto político que questiona o manicômio como modelo de tratamento para as pessoas em sofrimento psíquico, assim como, visa à transformação desse modelo manicomial de tratamento. Desse modo, a centralidade das internações psiquiátricas, e o consequente isolamento dos usuários internados, bem como, o saber e o poder médico como saberes hegemônicos passam a ser questionados.

De acordo com Yasui (2006), a Reforma Psiquiátrica tem seu início no final dos anos 1970 com o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), porém só ganha impulso e legitimidade como política pública no início dos anos 1990. Nesse contexto, os trabalhadores da saúde mental passaram a denunciar os abusos, os maus-tratos e todas as irregularidades ocorridas nas grandes instituições asilares que excluía as pessoas com transtornos mentais do seu convívio social (LEME, 2013). A fim de romper com o modelo manicomial de tratamento, a Reforma Psiquiátrica Brasileira propõe uma profunda mudança no modelo assistencial de tratamento à pessoa em sofrimento psíquico. Ressalta-se que, “esse novo modo de produzir o cuidado em saúde mental procura, assim, realizar a atenção ao sofrimento psíquico,

prescindindo por completo das instituições fechadas e do mandato social da psiquiatria, o que não significa prescindir absolutamente da psiquiatria (COE e DUARTE, 2017, p.83)”. Assinala-se que, a RPB baseia-se na experiência da Reforma Democrática Italiana que conseguiu extinguir todos os hospitais psiquiátricos substituindo-os por um cuidado de base territorial (PASSOS, 2017). Martins (2017) pontua que, “o modelo asilar consiste em olharmos para a doença através do determinismo orgânico, por isso a ênfase do tratamento é a medicação, pouco se olha para o sujeito como um sujeito que tem desejos (p. 27)”. Enquanto que, o modelo psicossocial de atenção proposto pela RPB valoriza o usuário como sujeito ativo de seu “tratamento”, sendo convocado a participar de sua assistência. A autora também enfatiza que, no processo de atenção psicossocial, deve-se levar em conta o contexto da assistência, a família, os amigos e a rede social. É importante também considerar que, “a vida acontece na cidade, com seus ruídos, seus coletivos, seus perigos e alegrias e é nesta cidade que a loucura precisa ser possível (p.28)”. Também é válido enfatizar que, esse modelo de atenção visa à horizontalização das relações profissionais, sendo importante a integração dos diferentes saberes. Cabe informar que, a RPB tem como um de seus direcionadores a desinstitucionalização. Conforme Passos (2017), a desinstitucionalização não é apenas a desospitalização ou a alta hospitalar das pessoas internadas a longo tempo. A autora sinaliza que, a desinstitucionalização “propõe um deslocamento do cuidado junto ao território acionando todos os sujeitos a se responsabilizarem, tendo em vista a desconstrução do enclausuramento enquanto saída para lidar com a experiência da loucura e desconstruindo o sentido de doença mental pelo de existência-sofrimento” (BASAGLIA *apud* PASSOS, p.127). É importante destacar que, historicamente, cidadania e loucura não eram vistas como uma junção possível, sendo a instauração da cidadania do louco quase um “antagonismo”. Com a Reforma Psiquiátrica, a pessoa com transtorno mental passa a ser vista como cidadão que possui direitos, principalmente no que se refere ao direito a livre circulação pela cidade.

3. A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Como resultado da Reforma Psiquiátrica, e da conseqüente mudança do modelo assistencial, “foram instituídos os novos serviços de atendimento à pessoa em sofrimento psíquico, que se distingue radicalmente do tratamento prestado pelo manicômio (PASSOS, 2016, p. 145)”. Os serviços substitutivos são múltiplos e compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela portaria 3088/2011 do Ministério da Saúde. Dentre os serviços que compõem a RAPS, podemos citar: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviço de Residência Terapêutica (SRT), Centros de Convivência, Leitos de Saúde Mental em Hospitais-Generais, Unidade Básica de Saúde entre outros.

Destaca-se que, “o dispositivo selecionado pelo Ministério da Saúde para a substituição gradativa dos hospitais psiquiátricos foram os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), que se tornaram o modelo central na experiência brasileira”. (PASSOS, 2016, p. 145). Os CAPS são serviços regulamentados pela Portaria GM 336/02 do Ministério da Saúde, funcionam de portas abertas, atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, e tem como premissa o cuidado em saúde mental no território, evitando reinternações em hospitais psiquiátricos. Cabe também aos CAPS “regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação, dando suporte à atenção em saúde mental na rede básica (SCHEFFER, 2013, p. 140)”. É válido informar que, existem três modalidades de CAPS de acordo com a complexidade e a abrangência populacional: CAPS I, II e III. Também temos os serviços especializados no atendimento a crianças e adolescentes com transtornos mentais – CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infante Juvenil), e os serviços especializados no atendimento de pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas – CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas). Conforme assinala Yasui (2006:107), “o cotidiano de um CAPS é o de pensar para cada um que busca cuidado, um projeto terapêutico, considerando a sua singularidade, e a sua complexidade”. A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pressupõe a participação coletiva, isto é, o envolvimento de usuário, família e

profissional de saúde no processo de construção de estratégias de cuidado. É válido ressaltar que, o PTS é fundamental para o acompanhamento do usuário no CAPS, visto que ele norteia e organiza o tratamento. O PTS “envolve a organização de uma nova rotina, definição de quais ações participar, assunção de responsabilidades e compartilhamento de tarefas entre os diferentes atores (ibidem, p.140)”. Em geral, o profissional envolvido na construção do PTS torna-se referência do usuário no serviço, e cabe a ele a tarefa de ser responsável por acompanhar, verificar e avaliar os efeitos das ações no usuário. O objetivo do CAPS é fornecer para o sujeito em sofrimento psíquico outra possibilidade de vida e de “tratamento”, tentando romper o ciclo formado pelas recorrentes internações psiquiátricas ou pela trajetória de internações de longos anos (LEME, 2013). De modo a romper com o histórico de exclusão e isolamento do usuário com transtorno mental, é importante que o cuidado seja realizado no território, utilizando os diferentes recursos existentes e articulando intervenções com as diferentes políticas que compõem a rede intersetorial (Assistência Social, Educação, Habitação, Cultura e Lazer entre outras).

4. A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Pretendo aqui trazer algumas questões de ordem conjuntural, organizacional e cultural que tem permeado o cotidiano do trabalho em saúde mental no município do RJ. Tais questões têm contribuído drasticamente para o cenário de precarização dos serviços e reforçam ainda mais o discurso emitido pelas forças conservadoras da psiquiatria de que o “CAPS promove desassistência”. É de suma importância discorrermos sobre a conjuntura neoliberal e suas repercussões no campo da saúde mental. É válido destacar que, o neoliberalismo defende o “Estado mínimo”, ou seja, visa à redução de gastos com as políticas sociais públicas ou transfere a responsabilidade do Estado frente a essas políticas para o setor privado. Em síntese, “o Estado neoliberal reduz as políticas sociais à funcionalidade de manter a reprodução social a custos mínimos (Bisneto, 2007, p. 41)”. Sendo assim, as políticas de ajuste neoliberal são centradas na focalização, fragmentação e privatização.

No município do Rio de Janeiro, podemos observar nitidamente a expressão do neoliberalismo via a administração dos serviços de saúde e a forma de gestão dos recursos humanos no SUS, que vem sendo terceirizada por meio das Organizações Sociais (OS's). Essa iniciativa é uma estratégia de redução de gastos com a clientela e aumento da acumulação capitalista para os donos dessas OS's. As repercussões desse tipo de gestão para a política de saúde mental são imensas, e inclui baixos salários, rotatividade de profissionais, instabilidade no emprego, desemprego, privatização, precarização e intensificação do trabalho. Também destacamos os prejuízos causados à garantia de continuidade e qualidade das ações de saúde mental.

De acordo com Bisneto (2007):

(...) com a hegemonia das políticas neoliberais, que trazem em seu bojo uma desvalorização do trabalho humano, uma falta de solidariedade para com os excluídos, um desmonte das políticas sociais, uma conjuntura de não-democratização (entre outros inúmeros fatores), o Movimento de Reforma Psiquiátrica tem sofrido reveses na continuidade de suas propostas, dentre elas a diminuição do investimento público no setor de Saúde Mental (BISNETO, 2007, p. 42).

A colocação do autor é muito pertinente e atual, como mencionado anteriormente, a área da saúde mental no município do Rio de Janeiro, tem enfrentado sérias consequências desse desinvestimento público. Durante o último ano de residência multiprofissional, foi possível acompanhar a luta dos trabalhadores da saúde mental por melhores condições de trabalho e pela garantia de seus salários. Ressalto que, a reivindicação dos trabalhadores não era por aumento de salário, mas sim pelo recebimento deste. Muitos trabalhadores chegaram a ficar mais de um mês com salário atrasado, e essa situação tem se perpetuado até os dias atuais, o que demonstra a precarização dos vínculos de trabalho. Além dessa questão salarial, muitos CAPS também enfrentam a falta de medicamentos e de insumos básicos, como esparadrapo, gaze e luvas. A alimentação servida aos usuários com indicação em seu PTS também tem sido reduzida ou escassa em alguns serviços, e os contratos de manutenção suspensos. Verificamos também a falta de recursos para a realização de oficinas nos CAPS's e para a realização de trabalhos territoriais, como a realização de visitas domiciliares e de visitas institucionais. Destaco

que, muitas vezes, esses trabalhos externos ao CAPS são custeados pelo dinheiro do próprio trabalhador, pois a maioria dos serviços não dispõe de carro institucional diariamente. E os CAPS's que dispõem do recurso "Rio Card institucional" nem sempre estão com os bilhetes carregados.

Diante desse cenário de incerteza salarial e de desmonte do SUS, no mês de novembro/2017, os trabalhadores que eram amparados por sindicato, como os Assistentes Sociais, Enfermeiros e Psicólogos, se organizaram junto aos seus sindicatos e deliberaram "greve de ocupação", posteriormente, os Médicos Psiquiatras também aderiram à greve. Inicialmente, havia sido decidido que 30% da carga horária de trabalho estaria voltada para a assistência aos usuários e 70% para as atividades de greve. Cabe ressaltar que, nem todos os sindicatos aderiram à greve e outros se juntaram ao movimento tardiamente, como o sindicato dos Farmacêuticos. No final do ano de 2017, após algumas reuniões de negociação entre os representantes da Prefeitura, OS's, trabalhadores e o Tribunal Regional do Trabalho (TRT), a maioria das categorias profissionais decidiu pelo fim da greve, tendo algumas profissões permanecido em estado de greve, como os Psicólogos. Devido ao não cumprimento dos acordos, como a regularização dos atrasos salariais, a reposição de medicamentos e insumos, entre outras reivindicações, no início do ano de 2018, as categorias profissionais convocaram novas Assembleias para decidir os rumos da greve. Os CAPS's também já estavam funcionando com equipe reduzida, em regime de escala, e com alterações no funcionamento das atividades do serviço. Esse quadro nos mostra que mesmo diante das mobilizações dos trabalhadores, as forças neoliberais têm incidido fortemente.

Em decorrência desse contexto de precarização, observamos uma rotatividade de profissionais nos CAPS, pois muitos solicitam o desligamento de suas funções antes do término do contrato de trabalho. Em cinco (5) meses de trabalho em um CAPS AD, presenciei a saída de dois (2) Psiquiatras e, posteriormente, o pedido de desligamento da única Psiquiatra que restava no serviço. Como bem nos lembra Gomes (2017), a base de sustentação do trabalho em saúde mental é o vínculo existente entre equipe de saúde mental e usuários, a rotatividade de profissionais acaba comprometendo a continuidade do cuidado. Muitos

usuários ficam extremamente abalados com a saída de suas referências, tendo às vezes, dificuldades em retomar o seu PTS. É importante também mencionar a sobrecarga que tem afligido os profissionais dos CAPS's, pois muitos serviços estão funcionando com equipes reduzidas por falta de contratação de recursos humanos. Diante dessas dificuldades apresentadas, observamos também, o aumento de adoecimentos gerados pelo trabalho, o que contribui ainda mais para a sobrecarga da equipe, configurando um desafio manter com qualidade a assistência prestada aos usuários. Aliado a esse contexto de desmonte, também não podemos deixar de mencionar as práticas manicomiais reproduzidas dentro de alguns CAPS's. Em consonância com Gomes (2017), a lógica manicomial, ou seja, a cultura do manicômio, não está restrita à existência física do manicômio. Primeiramente, gostaria de ressaltar que, muitos profissionais que trabalham em CAPS não possuem formação em saúde mental, e muitas vezes, não entendem o objetivo do trabalho. Durante meu processo de formação, ouvi inúmeras vezes de profissionais staffs do serviço que a atenção às situações de crise é com a internação.

Como bem enfatiza Jardim (2017):

Os profissionais de saúde mental devem ser, antes de tudo, militantes da causa, com uma sólida formação ético-estético-política, tendo como alguns dos principais norteadores o cuidado no território, a problematização da ciência psiquiátrica, a tomada de responsabilidade, a negação do construto de doença mental, a desconstrução da lógica manicomial, a humanização e a desinstitucionalização (JARDIM, 2017, p. 75).

Com relação à atuação profissional no interior dos CAPS's, sinalizo a importância dos profissionais não perderem sua especificidade. É de suma importância o trabalho em equipe, desde que, cada profissional contribua com o olhar da sua profissão. Vejo que no campo da saúde mental, muitos profissionais acabam se tornando "técnico em saúde mental", ou seja, desempenhando diferentes funções, e as mesmas funções que os demais profissionais, exceto o médico que continua exercendo suas atribuições privativas. Cabe também problematizar a forma como está organizado o processo de trabalho nos CAPS's. Encontramos serviços que realizam o trabalho no "improvisado", sem o mínimo de organização e planejamento das

ações. Às vezes, esses serviços acabam atuando mais nas urgências, “apagando incêndios”, do que investindo em ações de acompanhamento. Pude me deparar ao longo da minha experiência como residente, com usuários sem referências no serviço e sem um Projeto Terapêutico definido. Percebi que os usuários que fazem “barulho”, que demandam o tempo inteiro assistência da equipe, acabam recebendo mais atenção, enquanto que os usuários silenciosos, muitas vezes, passam despercebidos. Outro ponto também relevante é a dificuldade da equipe em registrar os atendimentos e as ações desenvolvidas pelo serviço, o que contribui para o discurso de “desassistência”, pronunciado pelo nosso atual Coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde. No cotidiano dos CAPS’s, observamos certa “institucionalização”, já que muitos serviços são fechados em si, com poucas ações territoriais e articulações intersetoriais. Percebo que muitas vezes a saúde mental acaba tentando dar conta de todas as necessidades do sujeito, sem responsabilizar e convocar outras políticas para pensar conjuntamente o cuidado. Tal fato também acaba resultando em práticas tutelares, que restringe a autonomia dos usuários. Durante minha passagem em alguns CAPS, pude presenciar situações onde a autonomia do usuário, assim como seu direito de ir e vir eram perpassados pelo consentimento da equipe. Desse modo, entendemos que esse consentimento implica em uma ação paternalista, que desconsidera o poder de escolha do usuário. Com relação à institucionalização do CAPS, Amorim e Dimenstein (2009) apontam que:

Se por um lado esta institucionalidade é necessária à legitimidade destes serviços na rede de saúde, por outro, se corre o risco que ela se transforme em institucionalização crônica e cronificada, reproduzindo o manicômio do qual quer escapar. Há, por exemplo, a repetição de certas práticas tutelares e absorção de demandas que “deveriam” ser atendidas por outros dispositivos da rede. A cada dia aumenta o número de usuários que frequentam o CAPS, forçando-nos a questionar como construir outros projetos de vida que não dependam dos serviços e como escapar das práticas tutelares sem desassistir, bem como criar fluxos de encaminhamentos, como criar efetivamente uma rede de assistência (AMORIM E DIMENSTEIN, 2009, p. 197).

Concordamos com Nicácio e Campos (2004) quando pontuam que, “em todos os percursos de transformação, corre-se o risco de reproduzir o modelo asilar, de atualizar o plano discursivo mantendo inalterada a realidade (p.72)”. Enfim, são múltiplos os desafios encontrados na cotidianidade dos CAPS, e

superá-los se faz necessário para que possamos garantir o cuidado no território, prescindindo do hospício como recurso de tratamento.

5. FIM DOS MANICÔMIOS? O HOSPÍCIO COMO ARTICULADOR DA RAPS

É inegável que no campo da saúde mental a clínica caminha em conformidade com a direção política da gestão pública. De acordo com Yasui (2006), “política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças (p.23)”. Sendo assim, se a direção da política estiver embasada pela perspectiva manicomial, teremos drásticas repercussões na clínica, como as recorrentes internações psiquiátricas.

Considerando a realidade do município do Rio de Janeiro, observa-se que o hospital psiquiátrico ainda ocupa um lugar central na rede de atenção psicossocial. Por vezes, o hospício funciona como um importante articulador da RAPS, dando suporte aos casos descobertos de tratamento, seja pelo motivo dos serviços substitutivos não conseguirem acompanhar o usuário ou pelo fato do usuário nunca ter feito acompanhamento em saúde mental. Nessas duas situações, o hospício exerce um papel fundamental, que é o de acionar o serviço substitutivo e inserir o usuário no tratamento. Como bem aponta Jardim (2017), quando um CAPS não consegue acompanhar os usuários em episódios de crise, ele acaba direcionando essa demanda aos hospitais psiquiátricos, o que reforça a centralidade do hospício e fortalece a lógica manicomial.

A ineficiência das respostas aos episódios de crise por parte dos CAPS (dos seus próprios usuários e de outros cidadãos não vinculados aos serviços) é, atualmente, um dos principais fatores que contribuem para o fortalecimento da lógica manicomial. Tendo em vista que o CAPS não consegue dar conta de uma pessoa em crise, ele direciona essa demanda para os hospitais psiquiátricos. Estes ainda se mantêm fortes por serem consagrados todos os dias pela própria rede substitutiva, como os serviços indicados para dar suporte à crise do usuário através das internações e intervenções medicamentosas (JARDIM, 2017, p. 77).

A partir da minha experiência em um hospital psiquiátrico, pude acompanhar muitos casos que somente após o trabalho da internação conseguiram se inserir de fato em serviços de saúde mental substitutivos, o que demonstra o quanto a rede de saúde mental do município do RJ conta com o manicômio como recurso, embora os discursos apresentados pela maioria dos profissionais e da gestão sejam em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial.

Ao longo desse um (1) ano de trabalho na internação, pude perceber que a indicação da internação como recurso de tratamento pelos profissionais da saúde mental está relacionada a dois fatores distintos: o primeiro fator tem a ver com a direção clínica dos profissionais, entendendo a internação como um recurso capaz de “barrar” a loucura, podendo então, contornar mais rapidamente a crise. Já me deparei com situações em que profissionais de serviços substitutivos além de indicarem a internação para o usuário em crise, também questionavam a posição da equipe do hospital com relação à alta hospitalar. Há também os que indicam a internação para os usuários em crise que ainda não são acompanhados por um serviço de saúde mental, com a justificativa de “internar para conhecer”. Ou seja, para esses profissionais, a internação possibilita a construção do vínculo entre o usuário e o serviço. O segundo fator vincula-se com a conjuntura neoliberal de desinvestimento nas políticas sociais, sobretudo, na política de saúde mental. É notório que os efeitos dos preceitos neoliberais contribuem diretamente para as internações psiquiátricas. Dentre esses efeitos, destacamos o baixo investimento em serviços substitutivos, principalmente, nos CAPS tipo III, que funcionam vinte e quatro horas (24hs) por dia. É possível encontrar no município do RJ, CAPS com abrangência populacional superior a sua capacidade de atuação, e com poucos profissionais integrando a equipe. Tal fato acarreta uma intensificação do trabalho, e conseqüentemente gera uma sobrecarga na equipe. Diante desse contexto, muitos profissionais acabam não conseguindo intervir nas situações de crise sem “abrir mão” da internação.

Gomes (2014) assinala que, “a expansão e manutenção da reforma no âmbito assistencial dependem, entre outras coisas, da criação de serviços substitutivos em funcionamento 24hrs por dia para atenção à crise e que também funcionem como porta de entrada na rede de saúde mental (p.197)”. A autora também destaca que, esse tipo de

serviço (tipo III), foi justamente o tipo de CAPS que menos foi criado nos diversos municípios do país. Para Gomes (2014), uma das razões possíveis para o baixo investimento nesse tipo de serviço é o alto custo de manutenção, já que é um serviço de atenção diária em funcionamento 24 horas dos sete dias da semana. Por isso, “a plena efetivação da reforma ainda depende, entre outros fatores, de vontade política dos governos locais (idem)”.

6. CONCLUSÃO

Para alcançarmos a plena efetivação da Reforma Psiquiátrica, ainda temos muito que avançar no campo da saúde mental. Vimos ao longo desse artigo que as ameaças de retrocessos ao campo não correspondem somente à conjuntura de ajuste neoliberal ou do avanço das forças conservadoras da psiquiatria. No contexto de atenção psicossocial, ainda nos deparamos com o hospício sendo um importante articulador e produtor de cuidado. Ou seja, a atenção ao sofrimento psíquico está sendo realizada sem prescindir por completo das instituições fechadas, o que reforça a importância do hospital psiquiátrico na rede e contribui para sua manutenção e existência. Além disso, é de suma importância a construção de uma rede intersetorial de cuidados, estabelecendo alianças com outros setores das políticas públicas (Assistência Social, Habitação, Trabalho e Renda entre outras) e com diferentes segmentos e atores sociais (YASUI, 2006). O cuidado em saúde implica compreender o sujeito de forma integral, isto é, a assistência prestada ao usuário com transtorno mental não deve se restringir apenas aos serviços de saúde mental, mas sim estar articulada com outros serviços. Reconhecemos que muitos serviços de saúde mental ainda apresentam dificuldades em pensar o cuidado de forma integral, bem como, articular e compartilhar o cuidado com outras políticas públicas.

Para finalizar, ressaltamos que, o atual quadro de precarizações que atinge a saúde mental no município do Rio de Janeiro, tem comprometido diretamente a assistência prestada aos usuários, implicando na garantia de continuidade e qualidade das ações, e fortalecendo o ciclo das internações psiquiátricas. Diante desse cenário, constatamos que, o

sujeito em sofrimento psíquico acaba tendo sérios prejuízos em seu tratamento. Precisamos romper com a trajetória das internações psiquiátricas, e entender que o manicômio não trata e as suas paredes que isolam não cuidam.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

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

BISNETO, J.A. **Serviço Social e Saúde Mental: uma análise institucional da prática**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Portaria nº 3.588/ MS**, de 21 de dezembro de 2017. Brasília, 2017.

COE, N. M. e DUARTE, M. J. O. A construção do campo da atenção psicossocial na Política Pública de Saúde Mental no Brasil: rupturas, tessituras e capturas. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

FEITOSA, A. C. O acompanhamento terapêutico como dispositivo clínico na internação psiquiátrica. In: PASSOS, R.G.; COSTA, R.; SILVA, F.G. **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

GOMES, T. Reflexões sobre o processo de implementação da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas no Brasil neoliberal. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

GOMES, T. **Para Além da Rima Pobre do Capital: questões sobre a inserção de pessoas com transtorno mental no trabalho formal**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 2014.

JARDIM, K. “Por que a crise não cabe no sistema?” Divagações sobre a interface entre a Rede de Saúde Mental e a Rede de Urgência e Emergência. In: PASSOS, R.G.; COSTA, R.; SILVA, F.G. **Saúde mental e os desafios atuais da atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

LEME, C.C.C.P. O assistente social na saúde mental, um trabalho diferenciado, uma prática indispensável. In: NICÁCIO, Erimaldo Matias; BISNETO, José Augusto. **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

MARTINS, B.A. Mapeando Sentidos: A Construção da Autonomia na Reforma em Saúde Mental brasileira. In: Passos, Rachel Gouveia; Costa, Rosane de Albuquerque; SILVA, Fernanda Gonçalves da. **Saúde Mental e os Desafios Atuais da Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

MARTINS, B.A.; COELHO, D.A.; PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R.G. (Ainda) Por uma sociedade sem manicômios: experiências do Núcleo Estadual da Luta Antimanicomial do Rio de Janeiro. *Revista O Social em Questão*, Rio de Janeiro, ano XX, n. 37, p. 221-238, jan./abr. 2017.

NICÁCIO, F.; CAMPOS, G. A complexidade da atenção às situações de crise: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de práticas inovadoras em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 71-81, ago. 2004.

PASSOS, R.G. **Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**. São Paulo: Cortez, 2018.

_____. Luta Antimanicomial no Cenário Contemporâneo: desafios atuais frente a reação conservadora. *Revista Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 23, n. 2, p. 55-75, jul./dez./ 2017.

_____. Residência e resistência fora do manicômio: os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs). In: **Serviço Social, Saúde Mental e Drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

_____. **Trabalhadoras do care na saúde mental: contribuições marxianas para a profissionalização do cuidado feminino**. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

PERRUSI, A. Sociologia política da saúde mental: notas sobre as mudanças na assistência psiquiátrica e nas relações de poder. In: CORREIA, L.C.; PASSOS, R.G. **Dimensão Jurídico-Política da Reforma Psiquiátrica Brasileira: limites e possibilidades**. Rio de Janeiro: Gramma, 2017.

PINHO, L.; RIBEIRO, M.C. Saúde Mental: uma canetada não apaga 30 anos de luta. In: ABRASME. *Crônicas da Resistência: Em tempos de desconfiguração da Política Nacional de Saúde Mental, Alcool e outras Drogas*. **Boletim da Saúde Mental 01**, São Paulo, 2018.

ROSA, L.C.S. e MELO, T.M.F.S. Inserções do Assistente Social em Saúde Mental: Em Foco o Trabalho com as Famílias. **Revista Serviço Social & Saúde**, UNICAMP, Campinas, v. VII/VIII, n. 7/8, dez. 2009.

SCHEFFER, G.M. Tendências e dilemas do processo de trabalho no CAPS: percepções dos assistentes sociais. In: **A Prática do Assistente Social na Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2013.

VASCONCELOS, E.M. Contribuições recíprocas entre o serviço social brasileiro e o campo da saúde mental, e a análise crítica da reforma psiquiátrica no contexto neoliberal. In: DUARTE, M. J.; PASSOS, R. G.; GOMES, T. M. da S. **Serviço social, saúde mental e drogas**. Campinas: Papel Social, 2017.

_____. **Reforma Psiquiátrica, tempos sombrios e resistência**: diálogos com o marxismo e o Serviço Social. Campinas: Papel Social, 2016.

_____. VASCONCELOS, E. M. **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2007.

YASUI, S. **Rupturas e encontros**: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. 2016. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.