



Eixo: Política social e Serviço Social.

Sub-eixo: Lutas sociais e controle democrático nas políticas sociais.

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL E AS PRÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Vicente P. Faleiros¹

Resumo: A Política Nacional de Saúde Mental é implementada, dentre outros meios, pelos CAPS – Centros de Atenção Psicossocial, como desinstitucionalização do manicômio. A pesquisa realizada no Distrito Federal com 12 CAPS teve como objetivo traçar um perfil sociodemográfico de 66 “demandantes” e investigar as práticas dos CAPS. A metodologia é exploratória e descritiva. Os resultados denotam uma população de baixa renda e escolaridade, com família de múltiplas configurações, sendo as práticas dominantes o atendimento individual, as oficinas com interação social e convivência intramuros, e alguma inserção no trabalho, mas pouca utilização da rede, não se mencionando a relação com a sociedade.

Palavras chave: Saúde mental; CAPS; Atenção em saúde mental; Desinstitucionalização

NATIONAL MENTAL HEALTH POLICY AND THE DEINSTITUTIONALIZATION PRACTICES OF PSYCHOSOCIAL CARE CENTRES

Abstract: The National Mental Health Policy is implemented, among other means, by the CAPS – Centers of Psychosocial Attention, as deinstitutionalization of the asylum. The research carried out in the Federal District with 12 CAPS was aimed at tracing a demographic profile of 66 *plaintiffs* and investigating the practices of CAPS. The methodology is exploratory and descriptive. The results denote a population of low income and schooling, with family of multiple configurations, being the dominant practices the individual attendance, the workshops with social interaction and indoor coexistence, and some insertion in the work, but little use of the network isn't mentioned.

Keywords: mental health; CAPS; Mental health care; deinstitutionalization

INTRODUÇÃO

Este artigo tem por temática a questão da relação entre os dispositivos e práticas existentes nos Centros de Atenção Psicossocial- CAPS e o paradigma da desinstitucionalização contrário ao manicômio e à internação compulsória de pessoas com sofrimento psíquico, denominadas de loucas e, *ipso facto*, consideradas sem razão, perigosas, incapazes e improdutivas, sendo

¹ Professor com formação em Serviço Social. Universidade de Brasília. E-mail: <vicentefaleiros@terra.com.br>

segregadas socialmente, principalmente em instituições manicomiais fechadas. A desinstitucionalização do manicômio pressupõe práticas e dispositivos que tragam o exercício da cidadania, do protagonismo, da liberdade e da vida socialmente integrada.

Após a fundamentação, apresentamos os dados de um perfil sociodemográfico de 66 participantes de uma pesquisa realizada no DF junto a 12 CAPS, sendo 50% CAPS-AD e 50% CAPS Transtorno, bem como as práticas desses CAPS na visão desses participantes, para uma análise de sua compatibilidade com um paradigma de desinstitucionalização, de forma crítica. A pesquisa partiu do pressuposto de que a atuação dos CAPS se inscreve na Política Nacional de Saúde Mental prevista na Lei 10.216/2001. Usamos o termo demandantes e não de usuários dos CAPS, considerando-os como sujeitos de direitos e pessoas em processo de busca de uma nova relação de si mesmo com a sociedade, na sua singularidade.

A QUESTÃO DA LOUCURA, DO MANICÔMIO E DA DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Na história da loucura, como bem salienta Foucault a mesma foi considerada como desrazão (1995) ou doença (2000). A desrazão está associada à periculosidade social do louco, bem como a sua suposta incapacidade de se adaptar às normas vigentes e ao modo de produção dominante. A loucura foi considerada com o um desvio social e o louco como desviante, sem se levar em conta que podem ocorrer reações complexas, inclusive de percepção de periculosidade social, tendo como resposta a contenção e a violência contra a pessoa acometida de transtorno. Basaglia (2005) denuncia aquilo que é considerado desviante, desadaptado, desajustado, sem lugar, na representação do louco.

A doença mental, por sua vez, foi sendo objeto de uma classificação médica que parte dos sintomas de comportamento inadequado à sociedade, constantes da categoria “Transtornos mentais e comportamentais (F00 - F99)” da Classificação Internacional de Doenças – CID 10. Essa definição, apropriada

pela psiquiatria, passou a considerar a loucura uma doença a ser tratada com medicamentos para controlar o “transtornado”, com problemas de comportamento.

Marx (2006), quando fala do suicídio, relaciona-o à sociedade dominante (capitalista) e às condições de opressão no cotidiano como opressão de classe, de gênero, de raça, de adultos, de poder violento, criticando a sociedade burguesa, não somente pela questão da exploração como por suas dimensões opressivas. Assinala Marx (2006, p.27) que “quando se vê tudo isso (abandono, miséria) então não se entende com que direito se poderia exigir do indivíduo que ele preserve em si mesmo uma existência que é espezinhada por nossos hábitos mais corriqueiros, nossos preconceitos, nossas leis e nossos costumes em geral”.

A questão da loucura é complexa, manifestando-se numa relação dialética entre a singularidade e a universalidade, entre a expressão de si e a relação com os outros e a sociedade. As expectativas de normalidade e a vida de cada um com suas possibilidades e modalidades entram em tensão, com processo de fragilização pela falta de inserção, de oportunidades, de condições articuladas ao modo ser, à existência e histórias de vida.

Na perspectiva marxista não se pode ver o sujeito sem as determinações da estrutura e nem a estrutura sem a dimensão de construção pelos seres humanos, na dialética da vida e do mundo social. Mészáros (2011), chama a atenção para a dialética da estrutura e da história, ao salientar o lado ativo do sujeito e a miséria do “anti-historicismo”, acrescentando que se trata de uma visão radicalmente aberta, sendo, ao mesmo tempo, sujeita a determinações objetivas materialmente identificáveis e constituída pelo “lado ativo da complexa dialética da base social e da superestrutura” (MÉSZÁROS, 2011: 32). Segundo Dejours a organização do trabalho, pode até mesmo “neutralizar completamente a vida mental durante o trabalho” (DEJOURS, 1987, p.129).

A loucura foi objeto de uma construção social complexa, implicando conflitos de forças sociais, articuladas a interesses políticos e econômicos, a visões moralistas e religiosas, cuja expressão se dá por meio de aparatos de contenção, medicação, hospitalização inseridos na barbárie do manicômio que

implicava a desumanização. No contexto capitalista, esta barbárie levou à exclusão das pessoas do convívio social e à manutenção de um sistema lucrativo para a indústria da loucura, pressupondo o poder profissional médico-biológico e a indústria farmacêutica. Arbex (2013) chamou a atenção para o holocausto brasileiro em Barbacena onde milhares de pessoas foram enclausuradas, torturadas e mortas. Era uma instituição total (Goffmann.1961) onde não há lugar para ser alguém, para ter expressão de si, para ser protagonista, para ser cidadão, com a negação de todos os direitos humanos. A institucionalização da loucura no contexto capitalista é uma forma de segregação e de contenção daqueles que são considerados perigosos, principalmente nos manicômios judiciários, classificados como incapazes de trabalhar, com a privação de si mesmo e de relações com a sociedade. A institucionalização torna a vida dominada por um conjunto de regras e de poder que estabelece o contexto normativo rígido e marca o sujeito com uma característica dominante. Isso difere do conceito de instituição como relações reguladas de poder e serviços (FALEIROS, 2011).

A luta antimanicomial expressa uma crítica à barbárie da repressão, da dominação médico-biológica, do poder farmacológico, não no sentido de “humanizar” a instituição, mas de mudar o lugar de consideração e de atenção à loucura, num paradigma psicossocial e de desinstitucionalização que se expressa, não como uma simples desospitalização ou com contenção medicamentosa e atividades controladas. A desinstitucionalização significa: expressão da individualidade na sua relação social; respeito aos direitos e à cidadania; integração com a família e a sociedade; convivência social; equipe interdisciplinar; acolhida da pessoa tal como existe; cuidado e não tratamento para uma cura, centrando-se a ação na pessoa e não na doença, como assinala Basaglia (2005). Enfim, articulando as relações próximas e sociais na produção da sociedade e na produção de si mesmo. Para Vasconcelos (2010) é onde a práxis se inscreve como unidade do “interior e exterior”. É na troca social de reconhecimento que o cuidado se ancora, como assinala Rotelli (2008), no cuidado, no sentido de promover a saúde, isto é a troca, a comunicação, a inclusão, a cidadania, a expressão de si, transgredindo o manicômio e realizando

a “loucura” da transgressão da ordem dominante médico-psiquiátrica-biológica. Faleiros (2013) trata do cuidado numa perspectiva crítica a partir da visão feminista e dos direitos humanos.

Em pesquisas sobre os CAPS, estes foram identificados como sendo lugar de inclusão, de cidadania, de abrigo, de convivência, de terapia, mas enfrentando também dificuldades, principalmente em relação aos direitos (SALLES; BARROS, 2014). O CAPS é visto como um lugar onde os usuários podem discutir e propor projetos, conforme Marzano e Sousa (2004). Nasi e Schneider (2011) investigaram as representações de usuários do CAPS em que aparece como o lugar de abrigo e, ao mesmo tempo, de reorganização da vida com atendimento terapêutico e de cuidado, sem isolamento. A singularidade de se ter sofrimento psíquico não elimina a condição de cidadão, de trocas sociais, de inserção social, para que possa ter a vida, não só diferenciada mas com modulações na forma de estar no mundo, sem discriminação. Um depoimento de uma pessoa com sofrimento psíquico diz que: “consideram-me inútil, até pernicioso socialmente, não tenho nenhum valor” (CANÇADO, 2015 p. 37).

A PNSM, Política Nacional Saúde Mental, conforme a lei 10.216/2001 formalizou a criação de serviços substitutivos ao manicômio, considerando as pessoas com transtorno mental como sujeitos de direitos, inclusive à proteção social. Essa política se integra ao SUS- Sistema Único de Saúde e compreende as estratégias e diretrizes com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em Saúde Mental. A Portaria GM 3.088 de 23 e 30/12/2011 instituiu, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e incluiu as necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Previu atenção à saúde mental nas Unidades Básicas de Saúde, da Atenção Básica, em Centros de Convivência, bem como no NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família, na atenção de emergência, na Atenção Residencial de caráter Transitório. A atenção em regime social ou comunidades terapêuticas – CRT foi considerada uma estratégia de desinstitucionalização, assim como o Programa PVC – Programa de Volta para Casa.

Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial ou CAPS, que

começaram a ser implantados em 1987, foram ordenados em três níveis, além de CAPS com especialidades em álcool e drogas e infantil. O cuidado, no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Singular (PTS), envolvendo, em sua construção, a equipe, o usuário e sua família (Portaria MS/SAS nº 854, de 22 de agosto de 2012). A ordenação do cuidado estará sob a responsabilidade do CAPS e/ou da Atenção Básica (BRASIL, 2011). Algumas das ações dos CAPS são realizadas em coletivo, em grupos, outras são individuais, outras destinadas às famílias, outras são comunitárias e podem acontecer no espaço do CAPS e/ou nos territórios, nos contextos reais de vida das pessoas.

Já os Centros de Convivência e Cultura foram definidos pela Portaria 396/2005 como “dispositivos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental, onde são oferecidos às pessoas espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade” e, posteriormente pela Portaria nº 3.088 de 2011/2014 como “unidade pública, articulada às Redes de Atenção à Saúde, em especial à Rede de Atenção Psicossocial, onde são oferecidos, em geral, espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

O RETROCESSO NEOLIBERAL

O neoliberalismo, acentuado depois do golpe do impeachment de Dilma Rousseff em 2016 consiste na redução do Estado, deixando livre as forças do mercado, o que reduz a regulação e aumenta a desigualdade social. Nesse contexto foi aprovada a Emenda Constitucional 95 que reduz os gastos na área social. Em dezembro de 2017, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne o Ministério da Saúde e representantes estados (CONASS) e municípios (CONASEMS), promoveu mudanças na Política Nacional de Saúde Mental (Resolução CIT Nº 32/2017 e Portaria Nº 3.588/2017). Essa Portaria passou dar ênfase ao modelo biomédico como na inclusão na Política de Saúde Mental de Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, Hospital Psiquiátrico, Hospital-Dia, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas, Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental, acentuando o Serviço Residencial Terapêutico - SRT, que pode ser privado. Segundo o Ministério da Saúde em

2018 (BRASIL, 2018), foram habilitados 108 CAPS, 92 SRTs², 140 Leitos em Hospitais Gerais e 03 Unidades de Acolhimento, informando que nos dois últimos anos, o Ministério da Saúde criou cerca de 40% de todos os SRTs existentes no país. Foi criada nova modalidade de CAPS (IV AD) para funcionar 24 horas nas regiões de cracolândias. Afirma o Ministério da Saúde (BRASIL,2018) que é “um grave problema a falta de leitos psiquiátricos especializados”, acentuando que “após nove anos, o valor pago pelas internações em hospitais psiquiátricos não foi atualizado”, considerando “que a desinstitucionalização não será mais sinônimo de fechamento de leitos e de hospitais psiquiátricos”. Prioriza as chamadas “comunidades terapêuticas”, dobrando o número de vagas para acolhimento aos pacientes com dependência química (na expectativa de atender mais de 20.000 em um ano). São serviços privados, e na maioria, atrelados a entidades religiosas. Propõe também fazer mais monitoramento e controle de qualidade, além de mais prevenção ao suicídio.

Uma mudança na política de redução de danos, ao invés de ser feita pelo Conselho Nacional de Saúde foi realizada pelo CONAD – Conselho Nacional Antidrogas (Resolução CONAD No 1/2018, do dia 01/06/2018), visando “alinhar” (sic!) a Política Nacional sobre Drogas com a Política Nacional de Saúde Mental, defendendo posição contrária à legalização das Drogas, apoio aos pacientes e familiares em articulação com Grupos, Associações e Entidades da Sociedade Civil, incluindo as Comunidades Terapêuticas. Isto altera as ações CAPS, pois induz à abstinência, não valorizando a política da autonomia e do cuidado, e por sua vez, valorizando uma visão moral do uso de drogas e a internação compulsória. (CARTA CAPITAL ,2018).

Explicita-se o conflito entre a proposta biomédica de abstinência de drogas, de cura, de medicação e internação e a proposta psicossocial de desinstitucionalização, de protagonismo, de autonomia e de inserção social de pessoas com sofrimento psíquico.

Os resultados desta pesquisa mostram que nos CAPS estudados pode-

² Em dezembro de 2014 o Ministério da Saúde contabilizou 610 SRTs habilitados no Brasil. Foram estabelecidos no SUS pela Portaria n.º 106/2000 do Ministério da Saúde.

se constatar que as práticas dominantes se situam, na visão dos participantes, no convívio interno dentro das unidades, envolvendo participação, convivência, interação sem, contudo, uma articulação maior com a sociedade. Deve-se considerar que os CAPS adotam grande diversidade. Amarante (2012) critica que não se construiu um lugar para a loucura e os CAPS ainda se moldam por uma visão da loucura como um distúrbio e não como uma forma de ser no mundo. No entanto existe CAPS em movimento que articula a ação na interação sujeito / família / sociedade (REINHEIMER; ALMEIDA, 2012). O cuidado é polissêmico, ressaltando Molinier (2013) a questão do dever moral e a questão de uma atividade ou tarefa relegada a segundo plano, com implicações de renúncia pessoal. O cuidado no contexto institucional se inscreve na relação entre as condições objetivas, o contexto sociopolítico e econômico, a história, a cultura e o sujeito, suas circunstâncias e seu sofrimento ao se articular estrutura e sujeito.

METODOLOGIA

A metodologia da pesquisa é de caráter quantitativo descritivo com as informações coletadas sobre as práticas dos CAPS em sua relação com a participação dos demandantes. Apresentamos a condição social dos demandantes de 12 CAPS, sendo 06 AD e 06 Transtorno, processadas pelo software Excel, e em seguida, dá-se ênfase às práticas expressas na voz dos sujeitos, na suposição de oposição ao manicômio.

A coleta de dados foi feita conforme os protocolos éticos por meio de entrevista com adesão voluntária. Buscou-se um setting acolhedor para a entrevista com todos participantes. O projeto foi aprovado pelos Comitês de Ética da Secretaria de Saúde do Distrito Federal e da Universidade Católica de Brasília. Contou com o apoio de duas bolsistas e um pesquisadora de campo graças ao suporte da Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal e da Universidade.

RESULTADOS e DISCUSSÃO

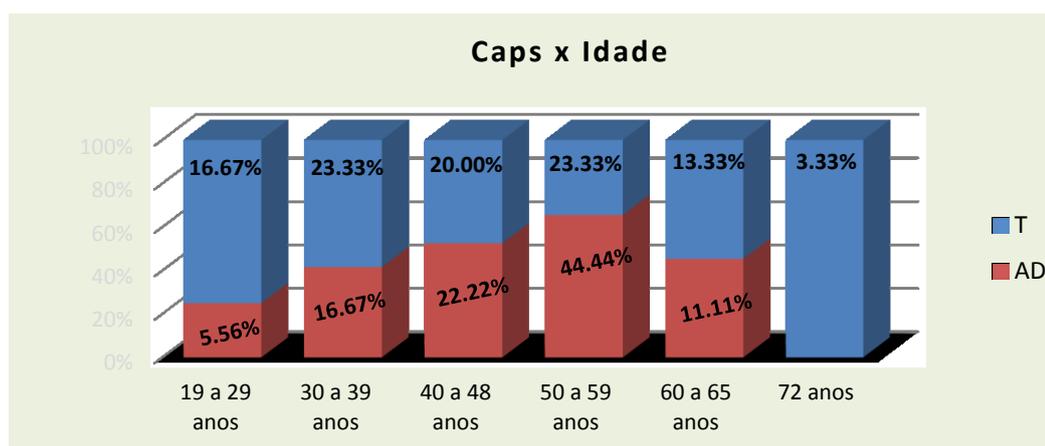
Os dados referem-se a 66 participantes distribuídos por dois tipos de CAPS, configurando 55% de CAPS-AD e 45% de CAPS Transtorno, com 64% de homens no CAPSAD e 62% de mulheres no CAPS Transtorno, refletindo o tipo de demanda e também a relação com álcool e drogas na sociedade, conforme a Tabela 1.

Tabela 1: Participantes da pesquisa por tipo de CAPS e Sexo

Tipo de CAPS	TOTAL	%	M	M%	F	F%
AD	36	55%	27	64%	9	38%
Transtorno	30	45%	15	36%	15	62%
Total	66	100%	42	100%	24	100%

No Gráfico 1 são informados os dados sobre idade e sexo dos participantes da pesquisa.

Gráfico 1: Participantes da pesquisa por tipo de CAPS e idade



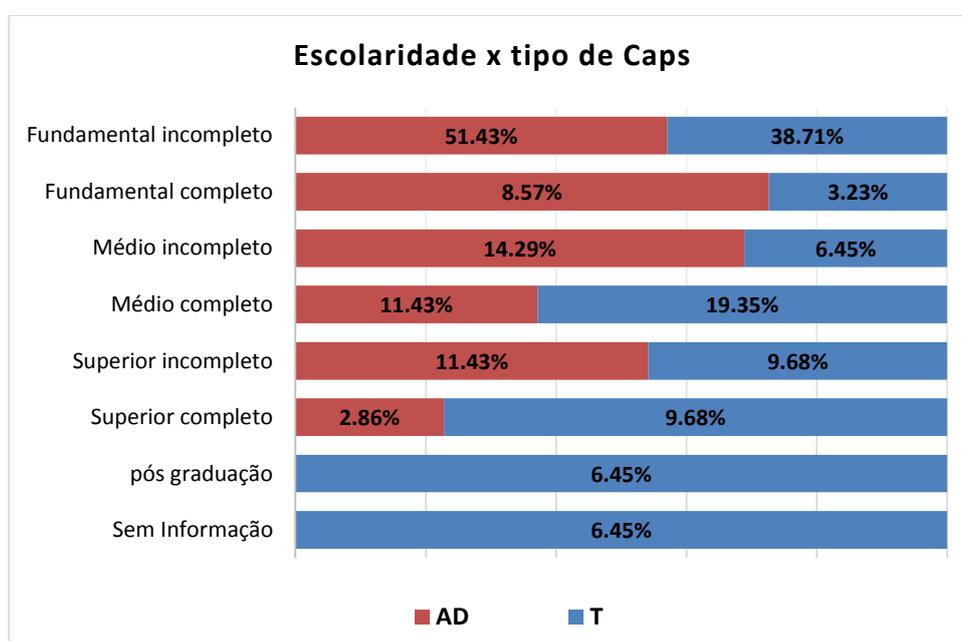
A idade dos participantes, conforme o Tipo de CAPS é mais expressiva quanto a jovens e idosos no CAPS Transtorno, muito pontuada na faixa dos 50 a 59 anos no CAPS-AD, conforme o Gráfico 1, diminuindo na faixa etária de 60-65 anos.

O sofrimento psíquico abrange todas as faixas etárias ao longo da vida. A pesquisa desvenda a necessidade de atenção ao sofrimento de jovens, no contexto da sociedade capitalista competitiva.

Em dados complementares sobre o tempo de frequência aos CAPS, segundo a pesquisa, varia de 06 a 10 anos ou mais. No CAPS Transtorno o tempo de frequência aparece com pontuação maior.

O Gráfico 2 mostra que a maioria dos participantes possui somente o Ensino Fundamental Incompleto, sendo a escolaridade mais elevada no CAPS Transtorno. No CAPS-AD o ensino fundamental incompleto abrange 51,43% dos demandantes.

Gráfico 2: Participantes da pesquisa por nível de escolaridade e tipo de CAPS



Na Tabela 2 pontua-se que a presença do desemprego é maior no CAPS Transtorno, o que reflete a condição de singularidade dessas pessoas na questão da inserção no trabalho. No entanto, 23,33% dos respondentes desse tipo de CAPS se declaram trabalhando. A singularidade do sofrimento, per se, não exclui do trabalho. Há uma proporção maior de pessoas dos CAPS-AD como beneficiários e aposentados (13,9%), que nos CAPS Transtorno (10,6%) em média 39,39% estão desempregados, o que reflete a dificuldade de inserção no trabalho.

Tabela 2: participantes da pesquisa por ocupação e tipo de CAPS

Ocupação	AD	T	Média Geral
Aposentado	8,33%	3,33%	6,06%
Benefício	5,56%	3,33%	4,55%
Desempregado	33,33%	46,67%	39,39%
Estudante	-	3,33%	1,52%
Trabalhando	38,89%	23,33%	31,82%
Não trabalha	2,78%	6,67%	4,55%
Sem informação	11,11%	13,33%	12,12%
Total Geral	100%	100%	100%

A pontuação relativa à renda revela que um terço (33,33%) dos participantes declara não ter renda, mas com diferenças: no CAPS-AD são 44,4% das mulheres e 33,3% dos homens e no CAPS Transtorno 26,6% das mulheres e 40% dos homens. Não há pontuação de renda acima de 2 salários mínimos para homens no CAPS Transtorno. Nos CAPS-AD há 22,2% de homens com renda acima de 2 salários mínimos e 11,1% de mulheres. Constata-se que somente entre as mulheres de CAPS Transtorno há renda superior a 10 salários mínimos ou mais. No geral trata-se de uma população de baixa renda.

Tabela 3: Porcentagem de participantes da pesquisa por Renda, Tipo de CAPS e Sexo

Renda	AD M	AD F	T M	T F	% M	% F
Sem renda	33,33%	44,44%	40%	26,67%	35,71%	33,33%
Até 1 sm	18,52%	22,22%	40%	40%	26,19%	33,33%
De 1 a 2 sm	22,22%	22,22%	20%	20%	21,43%	20,83%
De 2 a 5 sm	18,52%	11,11%	0%	0%	11,90%	4,17%
De 5 a 10 sm	3,70%	0%	0%	0%	2,38%	0%
Mais de 10 sm	0%	0%	0%	6,67%	0%	4,17%
Sem Informação	3,70%	0%	0%	6,67%	2,38%	4,17%
Total (n)	27	09	15	15	-	-

Em relação à configuração familiar constatou-se que 13,9% de CAPS AD e 26,7% de CAPS Transtorno moram só, havendo 11,1 % de CAPS-AD que moram na rua, e nenhum de CAPS Transtorno nessa situação. No entanto 33,3% desses últimos moram com pais ou irmãos e 11% de CAPS-AD estão nessa situação. Há 22% de participantes de CAPS-AD que moram em instituição. O tipo de arranjo familiar e de moradia se articula à história de vida e de trabalho,

pois alguns demandantes dos CAPS-AD são trabalhadores de rua, na atividade de catadores.

Os dados acima sintetizados evidenciam a articulação do sofrimento psíquico com o sofrimento da exclusão social, com o foi salientado por Marx (2006), em se tratando de uma população, principalmente do CAPS-AD, que se tornou dependente de álcool e drogas num cotidiano de violência, desemprego, vida provisória e precária.

A questão colocada neste trabalho sobre a desinstitucionalização se articula à resposta dada à pergunta da pesquisa sobre a atenção e atividades que dizem receber ou fazer no CAPS, conforme a Tabela 4. Em primeiro lugar constata-se que a medicação e a terapia predominam nas menções feitas, alcançando 58% nos CAPS-AD e 54,7% nos CAPS Transtorno. A terapia de grupo recebeu 20,56% de menções no AD e 13,33% no CAPS Transtorno. Assim, são atividades e atenção do domínio da saúde/doença mental ainda numa perspectiva de consideração da perspectiva do “alívio” da condição de sofrimento, predominando a relação individual com um profissional psiquiatra ou psicólogo. Trata-se de um modelo clínico ainda marcado pela institucionalidade de um poder/saber profissionalizado, embora haja acolhida, conversa com horizontalidade e respeito à individualidade.

Tabela 4: Participantes da pesquisa por forma de atendimento/atividades mencionadas e tipo de CAPS

Atividades/atenção	AD	T	Média Geral
Psiquiatra	20,56%	22,67%	21,43%
Terapia individual	16,82%	18,67%	17,58%
Terapia em grupo	20,56%	13,33%	17,58%
Atividade produtiva	0%	4%	1,65%
Oficinas	33,64%	40%	36,26%
Outros	8,41%	1,33%	5,49%
Total (n)	107	75	182

A institucionalidade do CAPS não assume a desinstitucionalização de forma completa, como foi acima conceituada, na sua relação social, na

integração com a cidadania, na integração com a família e a sociedade, articulando as relações próximas e sociais na produção da sociedade e na produção de si mesmo, na implementação da troca social de reconhecimento com vários grupos da sociedade, ao contrário do manicômio que é o “lugar zero da troca”, conforme uma expressão repetida de Rotelli.

A seguir detalha-se a participação em Oficinas, mencionadas em 33,56% pelos participantes. São oportunidades de interação e atividade cultural e física. O artesanato aparece com 15 menções; música com 8 menções; horta com 7 menções. Com 5 menções destacam-se brincadeiras, dança, esporte, yoga; com 4 menções estão caminhada, coral, mosaico, terapia ocupacional. Com 3 menções emergem as oficinas de cidadania, cine-CAPS, lava-jato, beleza, passeio, tabagismo. Com 2 menções há referência a assembleia, automassagem, culinária, grupo renascer, meditação. Com 1 menção aparecem: alcoolismo, arte, atividades de limpeza e manutenção, bijuteria, “como vai você”, contos, conversa, crochê, desenho, educação em saúde, espaço de convivência, grupo de acolhimento, grupo prevenção de recaída, história de vida, jogos, matemática, mente ativa, mídia, negócio social, palestras de trabalho, pintura, poesia, projetos, psicoterapia, relaxamento, terapia do riso, união.

Há uma diversidade de oficinas que tornam os CAPS um local de convivência, de aprendizagem uns com os outros, numa dinâmica de trocas entre os próprios demandantes, mas dentro dos CAPS, o que evidencia participação e liberdade de falar, na perspectiva de uma desinstitucionalização em processo. Menciona-se a realização de assembleia dos participantes do CAPS, mas a maioria das oficinas denotam a proposta de uma “ocupação” para as pessoas. O Lava-Jato pode gerar renda como alguma atividade manual de artesanato, bijuteria, crochê, culinária. Um participante pode decidir por uma outra, mas depende também da oferta de cada CAPS.

A predominância da prática interna ao próprio CAPS e a focalização na “melhora” em relação ao uso de álcool e drogas e ao controle do comportamento pode se pontuada com os dados da Tabela 5, quando perguntados sobre a utilização dos serviços na região. Em média 22,5% não utilizam os serviços da rede, sendo que 45,45% de demandantes do CAPS AD usam hospitais e postos de

saúde, o que acontece com 59,57% de demandantes do CAPS Transtorno, incluindo 4,26% que procuram farmácia de remédios controlados. A média de uso de CRAS é de 7,84% e de CREAS de 1,96%

Tabela 5: Participante da pesquisa conforme menção de utilização dos serviços da rede e tipos de CAPS

Utilização de serviços da rede	AD	T	Média Geral
Não utiliza	23,64%	21,28%	22,55%
Hospital	29,09%	23,40%	26,47%
Posto de saúde	16,36%	31,91%	23,53%
Farmácia medicamentos controlados	0%	4,26%	1,96%
CRAS	9,09%	6,38%	7,84%
CREAS	1,82%	2,13%	1,96%
Outros	20,00%	10,64%	15,69%
Total Geral	55	47	102

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interação com a sociedade envolvente não está diretamente mencionada pelos participantes, embora haja articulação das oficinas com várias dimensões da vida em sociedade, capacitação para protagonismo e trabalho. Amarante (2012) lembra que não basta abrir serviços substitutivos ao manicômio, se não houver mudança nas concepções de loucura. Ela é um modo de ser e estar no mundo, não objeto de tratamento biomédico, mas de cuidado interdisciplinar em meio aberto, focado nas relações e trocas e no protagonismo em interação com a rede, a família, o território.

A menção a atenção com a “terapia” psiquiátrica, psicológica e grupal como foco dominante das atividades juntamente com a dominância de contatos de saúde na rede de serviços nos CAPS pesquisados faz considerar a necessidade de uma ressignificação da loucura nos próprios CAPS no sentido

de se construir a cidadania de pessoas com sofrimento psíquico articulada com a cultura, o trabalho, a vida social e política num processo de transformação social e de transformação de si mesmo. É fundamental que se coloque a desinstitucionalização como um horizonte para se romper com as amarras do poder biomédico e promover o poder dos demandantes como sujeitos de direitos e de proteção e cuidado. A questão-chave da desinstitucionalização são as relações de poder, o que foi sempre salientado por Basaglia (2005) e Rotelli (2008).

É preciso, no entanto, salientar que há CAPS que vão além da terapia e das oficinas com a realização de assembleias e mais interação com a sociedade. Há consideração da possibilidade de interação entre as dimensões biológicas, psicológicas, e de atividades, mas as pessoas parecem estar programadas para uma sequência delas.

A virada neoliberal do atual governo Temer está incentivando o modelo biomédico e conservador, como apontado acima, não somente com uma visão moralista da dependência de álcool e drogas, mas com o incentivo à psiquiatrização e à medicalização aliada à iniciativa privada das chamadas comunidades terapêuticas e SRTS- Serviços Residenciais Terapêuticos.

Esta política pode contribuir para esvaziar os CAPS, já que o próprio governo afirma que a desinstitucionalização não será fechamento de leitos hospitalares. É um sinal de que o leito hospitalar possa ser o local do louco e do lucro.

Se para Basaglia (2005), “a liberdade é terapêutica”, também o é a cidadania e a convivência. Apesar das dificuldades, os CAPS são lugares que se abrem a uma possibilidade de mudanças no espaço social da relação entre demandante, a família e a sociedade com o sofrimento psíquico na construção de um lugar aberto e acolhedor que fortaleça a cidadania e a autonomia dos demandantes, podendo ser propulsores de saberes e práticas de interdisciplinaridade e intersetorialidade na ressignificação da singularidade do sofrimento psíquico num contexto cultural discriminatório e excludente.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. Prefácio. In: AMARANTE, Paulo; NOCAM, Fernanda (Orgs). *Saúde mental e arte*. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 9-11.

ARBEX, Daniela. *Holocausto brasileiro*. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

Disponível em:

<https://books.google.com.br/books/about/Holocausto_brasileiro.html?id=J74kLFvCYi8C&printsec=frontcover&source=kp_read_button&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 05 fev. 2018.

AZEVEDO D.M.; MIRANDA F.A.N.. A representação social de familiares nos centros de Atenção Psicossocial. *Esc Anna Nery (impr.)* Natal, v. 15, n. 2, p. 354-360, abr./jun. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a19>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BASAGLIA, Franco. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BRASIL. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília. 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>.

BRASIL. *Lei n. 10.216, de 06 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. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 3 set. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Dados de saúde mental*, Brasília, Ano 10, n. 12, out. 2015. Disponível em:

<http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/R_eport_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas*. Brasília, 18 maio 2018. Disponível em:

<<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: SAS, 2016.

<<http://portalquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/Relatorio-de-Gestao-da-SAS-2016.pdf>>.

CANÇADO, Mura Lopes. *Hospício é Deus*. Belo Horizonte: Autêntica, 2015.

CARTA CAPITAL. Governo aposta em guinada rumo à abstinência no combate às drogas. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/governo-aposta-em-guinada-rumo-a-abstinencia-no-combate-as-drogas?utm_campaign=newsletter_rd_-_09032018&utm_medium=email&utm_source=RD+>.

DEJOURS, Christophe. *A loucura do trabalho*. São Paulo: Oboré, 1987.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios de cuidar em Serviço Social: uma perspectiva crítica. *Revista Katálysis*. Florianópolis, v.16, n.esp., p. 83-91, 2013a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v16nspe/06.pdf> . Acesso em 19/09/2013>.

FALEIROS, Vicente de Paula. *Saber profissional e poder institucional*. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FOUCAULT, Michel. *Doença Mental e Psicologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. (1961) São Paulo: Perspectiva, 2003.

HOFFMAN, L.; PAKMAN, M. Poética social. In: FERNANDES, L.; SANTOS, M. R. (Org.). *Terapia familiar, redes e poética social*. Lisboa: Climepsi, 2007. p. 127-150.

MARX, Karl. *Sobre o suicídio*. São Paulo: Boitempo, 2006.

MARZANO, Maria Luisa Rietra; SOUSA, Célia Antunes C.. Espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. *Texto Contexto Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 577-84, Out./Dez 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a10.pdf>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

MÉSZÁROS, István. *Estrutura social e formas de consciência II: a dialética da estrutura e da história*. São Paulo: Boitempo, 2011.

NASI, Cíntia; SCHNEIDER, Jacó Fernando. O Centro de Atenção Psicossocial no cotidiano dos seus usuários. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1157-1163, 2011. Disponível em: <www.ee.usp.br/reeusp/>. Acesso em: 4 jul. 2015.

MOLINIER, Pascale. *Le travail du care*. Paris: La Dispute, 2013.

REINHEIMER, Patrícia; ALMEIDA, Neli Maria Castro de. A capa –“efeito de papel. In AMARANTE, Paulo; NOCAM, Fernanda (Orgs). *Saúde mental e arte*. São Paulo: Zagodoni, 2012. p. 17-22.

RODRIGUES, Rúbia Cristina; MARINHO, Tanimar Pereira Coelho; AMORIM,

Patrícia. c. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, n. 15 (Supl. 1) p. 1615-1625, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700073 &script=sci_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000700073&script=sci_arttext)>. Acesso em: 4 jul. 2015.

ROTELLI, Franco. Che cos'è la salute mentale. In: ROTELLI, Franco. *Per la normalità*. Vol. 2. Trieste: Microtesti Collana, 2008.

SALLES, Mariana Moraes; BARROS, Sonia. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1275-1292, 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000400013>>. Acesso em: 4 jul. 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Karl Marx e a subjetividade humana: balanço de contribuições e questões teóricas para debate*. Vol. 3. São Paulo: Hucitec, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *Reforma psiquiátrica, tempos sombrios e resistência: diálogos com o marxismo social*. Campinas: Papel Social, 2016.