

**Mental health and justice:
network care challenges**

| Saúde mental e justiça: os desafios do cuidado em rede

ABSTRACT | Introduction: *With the paradigm shift in the approach to treating mental illness, marked by the new legal system promoted by the Brazilian Psychiatric Reform, it is crucial to carefully assess the care provided by the mental health network.*

Objective: *To assess the care provided by prosecuted network users of a Center for Psychosocial Care III (CAPS III).*

Methods: *Data were collected according to Bardin content analysis, observation and semi-structured interviews, from full CAPS III users and those prosecuted between 2011 and 2012. Results:* *The interviews suggest weaknesses in RAPS, such as lack of equipment and interaction; family members and CAPS professionals are the affective network. There is a lack of provisions for urgency and emergency care in RAPS, generating a conflict between the Law and the field of mental health, and neglect of subjective peculiarities in each case. Conclusion:* *We characterized the formal network as being both social and emotional, and found a need to establish a stronger intersectional network, including Law-related interaction mechanisms. We emphasize that Psychosocial Care should be fully placed at the center of CAPS service provision, encouraging the practice of dialogue with intersectional bodies of RAPS, care compliance and liability in CAPS III, guided by a care network in a territorialized form.*

Keywords | *Psychosocial Support Systems; Mental Health Services; Human Rights; Social Justice.*

RESUMO | Introdução: com a mudança de paradigma no olhar para a loucura, marcada pelo novo ordenamento jurídico fomentado pela Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), consideramos de suma importância discutir como o cuidado em rede na saúde mental têm se efetivado. **Objetivo:** Analisar as diversas redes de usuários judicializados de um Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III). **Métodos:** Levantamento dos usuários que passaram por hospitalidade integral (HI) no CAPS III e que foram citados pelo Ministério Público (MP) e Poder Judiciário (PJ) em algum processo, nos anos de 2011/2012 por meio da análise de prontuários; Dados analisados conforme análise de conteúdo de Bardin; instrumentos: observação participante e entrevistas semiestruturadas. **Resultados:** As entrevistas sugerem fragilidades na RAPS, como falta de equipamentos e articulações entre CAPS III e judiciário, a rede afetiva é apontada como composta por membros da família, profissionais do CAPS e de outros equipamentos intersetoriais. Faltam dispositivos de acolhimento à urgência e emergência na RAPS, gerando um conflito entre o campo do direito à saúde mental e às peculiaridades subjetivas de cada caso. **Conclusão:** chegamos às categorias de rede afetivo-social e redes de saúde; ratificamos a necessidade de tecer uma rede intersetorial mais sólida, incluindo cada vez mais os mecanismos de justiça a favor dos usuários. Apontamos como urgente a retomada da noção de Atenção Psicossocial pertinente ao dispositivo CAPS; a responsabilização pela atenção à crise no CAPS III, pautados no cuidado em rede de forma territorializada.

Palavras-chave: Redes de apoio Social; Serviços de Saúde Mental; Direitos Humanos; Justiça Social.

¹Prefeitura Municipal de Santos, Santos/SP, Brasil

²Universidade Federal de São Paulo, Santos/SP, Brasil

INTRODUÇÃO |

A mudança de paradigma proposta por um novo modo de atenção à saúde mental inspirado na experiência de reforma psiquiátrica ocorrido na Itália, pretende, além de melhorar a qualidade da assistência, construir novas relações sociais, um outro lugar social para a loucura em busca de uma desinstitucionalização das práticas manicomiais arraigadas na sociedade¹. O processo da desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos: a) construção de nova política de saúde mental a partir da base da instituição, com mobilização e participação; b) transformar os pacientes em sujeitos e removê-los da posição de objetos na relação com a instituição; c) construir estruturas externas totalmente substitutivas ao manicômio. Com estes três aspectos, pretende-se eliminar a internação do conjunto das estruturas e competências da psiquiatria².

Os movimentos de luta pela reforma psiquiátrica coincidem com a redemocratização do país, na década de 1980, sendo uma conquista histórica a promulgação da Lei 10.216/01³, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica brasileira (RPb), que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diante de questões tão complexas, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro exige uma nova configuração do trabalho em saúde, em que a atenção e o cuidado devem ser conduzidos pela centralidade das ações nas necessidades dos usuários.

Nas políticas públicas de saúde mental brasileira, a forma de conduzir esta atenção e cuidado possibilitou seu modo de operacionalização com o que chamamos de redes de saúde. Apontamos, entre os avanços da Reforma Psiquiátrica, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pela portaria 3088/11⁴. As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas e têm uma missão única e objetivos comuns, ofertam atenção contínua e integral à determinada população e têm responsabilidades sanitárias e econômicas por ela⁵.

Mesmo com a nova configuração exposta acima, é comum notar serviços centrados em si mesmo, que não trabalham em rede, têm pouca comunicação entre si e como consequência deste modo de funcionar, têm tratado a loucura como demanda judicial, o que se pode denominar judicialização das demandas em saúde mental. Uma breve revisão bibliográfica e participações em congressos científicos mostra a grande preocupação com

este encontro da saúde mental com a justiça⁶. Porém as produções a que temos acesso concentram-se em casos de loucos infratores, ou como sugere nova terminologia em casos de “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”^{7,8}.

Na base de dados Scielo, durante realização desta pesquisa e até sua conclusão em 2014, mesclando os descritores saúde mental e judicialização, encontramos apenas um artigo; com os descritores saúde mental e Ministério Público, dois artigos que não tratam do assunto saúde mental; quanto aos descritores saúde mental e direitos humanos, temos 20 trabalhos que tratavam desde casos de loucos infratores até aspectos éticos em pesquisa com humanos e adolescentes em conflito com a lei, não sendo encontrados artigos com o tema saúde mental e mecanismos de justiça enquanto parceiros intersetoriais para além dos usuários que cometeram algum delito⁶.

Diante da lacuna de trabalhos sobre as redes disponíveis para os sujeitos usuários dos serviços de saúde mental que necessitam acionar os mecanismos de justiça, ou foram citados judicialmente, a proposta apontada é uma discussão sobre rede e cuidado, tendo como pano de fundo o conceito de desinstitucionalização para analisar a interlocução da RAPS com os mecanismos de justiça (Ministério Público, Poder Judiciário, Defensoria Pública) e, conseqüentemente, com o tema dos direitos humanos.

A desinstitucionalização muda progressivamente o estatuto jurídico do sujeito que vivencia sofrimento psíquico intenso. Com a mudança deste estatuto jurídico, com as mudanças na operacionalização do trabalho em saúde focado na centralidade das necessidades do sujeito, perguntar como a loucura é acolhida pela RAPS e como ela dialoga com as diversas redes (rede dos mecanismos de justiça, rede socioassistencial, que compõem também as redes de defesa dos direitos humanos, e rede afetiva) torna-se primordial para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Juntamente à lógica da Desinstitucionalização, retoma-se o conceito de Reabilitação Psicossocial, ou Modo Psicossocial, para designar um modelo de atenção, uma escolha ético-política, baseada em experiências de diversos países que inspiraram a RPb, tais como a psiquiatria de setor na França; Antipsiquiatria na Inglaterra; Psiquiatria Preventivo Comunitária nos EUA; Psiquiatria Democrática e Reforma Psiquiátrica na Itália. O Modo Psicossocial seria a resposta brasileira às novas formas de atenção à loucura

no Brasil, desta forma, o Modo Psicossocial transcende a Reforma Psiquiátrica⁷. Ou seja, a Reforma Psiquiátrica foi um marco político e necessário, construindo uma série de intervenções nos serviços e no modo de pensar a loucura, já o Modo Psicossocial seria o eixo estruturante que teria embasado a RPB. É este eixo estruturante que este trabalho pretende retomar.

Para entender a importância de analisar a rede destes usuários, notemos que os sentidos do direito à saúde também passaram por modificações ao longo de séculos, pois a saúde durante o Império era vista como um favor à população, sendo um bem de poucos; na Era Vargas é vista como um direito do trabalhador assalariado e, após abertura política e promulgação da constituição de 1988, passa a ser encarada como um direito inalienável. Assim, encarada como um direito, a saúde torna-se um objeto de disputa no campo jurídico⁹. Também o sujeito, dito louco, outrora não considerado como sujeito de direitos, encontra um terreno fértil para o exercício da cidadania.

Desse modo, a complexa experiência de existência-sofrimento convoca-nos a pensar na delicada clínica antimanicomial, pautada na atenção psicossocial e na desinstitucionalização da loucura como projeto político-social claramente contra-hegemônico, que ousa trazer o louco para o centro do campo da cidadania e faz emergir um sujeito de direitos por meio da proposta de um novo modelo de atenção¹⁰. Um dos eixos deste novo modelo de atenção é a responsabilização dos CAPS III como dispositivos de atenção aos usuários em crise, por esse motivo, funcionam 24 horas e se utilizam da Hospitalidade Integral (HI) – momento em que usuários em crise dispõem de um leito/CAPS de forma integral permanecendo no CAPS sob o acompanhamento da equipe técnica, recebendo visita de familiares e amigos e participando das atividades coletivas do serviço, o que exige dos serviços, o funcionamento em rede.

Entendemos que as redes de saúde mental são compostas por diversos núcleos imbricados: os núcleos afetivos mencionados pelos usuários (familiares, amigos, vizinhos, igreja, profissionais), os núcleos dos mecanismos de justiça (MP, PJ, Defensoria Pública), os núcleos de serviços (RAPS instituída e rede sócio assistencial) e tantos outros que possam existir na efervescência dos territórios, por isso falamos em *Redes*, e não em uma só rede.

A RAPS surgiu como uma resposta institucional no âmbito dos serviços, porém a RAPS sozinha não substitui as

narrativas tecidas no bojo do território e entre os agentes que as tecem. Inferimos que as diversas redes, sendo aos poucos desveladas, apontam para dificuldades encontradas pelo CAPS em dar conta do tema da ordenação da Rede e da Intersetorialidade sendo adotadas como estratégias de atenção: o Hospital-dia, a medicação, a consulta clínica, ou a participação em oficina terapêutica em detrimento da estratégia de “tecer a rede”, ou seja, oferta de atividades, e não de produção de cuidado compartilhado.

Um dos grandes desafios atuais para a efetivação das RAPS é justamente a intersectorialidade, uma vez que o CAPS sai da centralidade observada na portaria 336/02¹¹ seguindo para o território, como prevê a portaria 3088/11⁴ que institui a RAPS. Neste contexto, podemos considerar o conceito de intersectorialidade como primordial na tessitura das redes de saúde mental.

Este artigo analisa a rede de atenção psicossocial pelo ponto de vista de usuários que são citados judicialmente e passaram pela hospitalidade integral em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de uma cidade do litoral do estado de São Paulo.

MÉTODOS |

O estudo, realizado por meio de pesquisa qualitativa, tratou de analisar a Rede de Atenção Psicossocial de um município de médio porte do litoral do estado de São Paulo, por meio do olhar de usuários que haviam sido citados em alguma ação judicial. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 369.788.

A observação participante foi fundamental para dar início ao trabalho, pois permitiu um novo olhar da pesquisadora para o serviço na observação do fluxo de atendimento/acolhimento dos usuários, da dinâmica do serviço, da arquitetura, salas, diferentes ambientes, a recepção, enfim a caracterização do serviço. Sobre este aspecto, no trabalho qualitativo, a proximidade com os interlocutores é considerada uma virtude¹². A partir desta caracterização inicial, foram identificados quais seriam os usuários do CAPS III elegíveis como sujeitos da pesquisa, e optamos pelos usuários que passaram por HI entre os anos de 2011 e 2012 e que foram citados em algum momento pelo Ministério Público/Poder Judiciário, e assim, foram definidos os participantes deste estudo.

Em seguida, foi realizado o levantamento dos documentos de encaminhamento e pedidos de relatórios sobre os casos mencionados/citados pela Promotoria e/ou Poder Judiciário, acerca dos sujeitos encaminhados à unidade e após, foi realizada a análise dos prontuários, seguida de entrevista semiestruturada e construção de narrativas. Chegamos a um total de 12 usuários que, em algum momento da vida, passaram por algum dispositivo da justiça. Entre eles, seis permaneciam na rede do município e três concordaram em participar da etapa de entrevista. Esses sujeitos chegam ao serviço caracterizados pela demanda de atenção à crise.

Foi utilizado como instrumento o roteiro de entrevista semiestruturada, com roteiro em que continha informações como tempo de tratamento, número de internações, motivo da internação, abandono de tratamento, como deram início ao acompanhamento no CAPS III, onde e com quem moravam, quem os acompanhava nas questões de saúde, o que faltava na rede de saúde e se acreditavam que podiam contar com o CAPS III caso necessitassem. Mediante o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), participaram da entrevista em sala do próprio CAPS, onde se sentiram bastante à vontade.

A entrevista é o procedimento mais utilizado no trabalho de campo¹³ e, por meio dela, busca-se a fala dos atores sociais que vivenciam uma determinada realidade, foco da pesquisa. A partir da análise dos prontuários e das entrevistas, buscou-se evidenciar as redes consideradas pelos sujeitos como redes de apoio. Para visualizar estas redes, foram construídos mapeamentos das Redes de saúde mental mencionadas pelos usuários citados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário (Rede psicossocial, socioassistencial e mecanismos de justiça) e das redes afetivas apontadas por estes sujeitos.

As entrevistas foram transcritas e lidas a fim de identificar os pontos de apoio das redes dos usuários e analisadas a partir da análise qualitativa de conteúdo. Análise de conteúdo é definida como um conjunto de técnicas que nos permitem inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens¹⁴. A Análise temática foi utilizada por ser considerada apropriada para as investigações qualitativas em saúde¹² e como eixo teórico e fio condutor da análise, houve uma aproximação aos autores que embasaram a Reforma Psiquiátrica Brasileira, como Amarante¹, Rotelli², Delac'qua¹⁵, Mezzina¹⁶, Kinoshita¹⁷ e Saraceno¹⁸. Chegou-se à elaboração dos núcleos de sentido: crise, rede afetivo-social e redes de saúde.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

No levantamento de usuários que atendiam ao perfil indicado, durante o biênio citado, chegou-se a um total de 191 usuários que passaram pela Hospitalidade Integral entre janeiro de 2011 e dezembro de 2012, sendo 110 em 2011 e, 81, em 2012. Entre esses usuários, 12 foram citados pelo Ministério Público e/ou Poder Judiciário em algum momento deste período, ou chegaram ao serviço após acessar a Defensoria Pública. Cabe informar que, dentre esses usuários, a situação que os levou a ser citados judicialmente não tinha relação com delitos ou infrações. Ao contrário, a pesquisa nos mostra que, na maioria dos casos, o judiciário chegou como um impulsionador do pedido de cuidado e atenção à crise.

Os prontuários, em sua maioria, continham informações básicas da história de vida dos sujeitos, um relato breve e pouco claro sobre a vida e raros eram os relatos de participação em grupos, ou atendimentos individuais realizados por demais técnicos. Alguns prontuários continham dados mais abrangentes sobre história de vida, como a relação com a família, o trabalho, namorado, amigos, vizinhos. Dos 12 usuários citados, apenas três possuíam algum tipo de vínculo e continuidade de atenção no CAPS III, três foram internados compulsoriamente, dois deles com histórico de uso abusivo de substância psicoativa. Os sujeitos entrevistados são: Boto, Beta e Peixe Donzela, nomeados com nomes de peixes em alusão à rede de pesca e como homenagem à cidade litorânea onde ocorreu a pesquisa.

Boto, 19 anos, solteiro, reside com a mãe e o padrasto, mora próximo à irmã, recebeu notificação judicial de internação compulsória devido ao uso abusivo de substâncias psicoativas e foi “internado” compulsoriamente, dando continuidade desta forma ao seu acompanhamento, iniciado no CAPS infantil.

Peixe-Donzela tem 31 anos, é divorciada, mora com a mãe e o irmão, os pais são separados, foi acionada pelo judiciário devido ao pedido de anulação de casamento requerido por seu companheiro. Começou a ser atendida no CAPS no ano de sua inauguração em 1997, tinha então, 16 anos. Não precisou ficar “internada”, mantinha, porém, acompanhamento psiquiátrico e fazia uso de psicotrópicos, tendo ficado em Hospitalidade Integral (no CAPS III) apenas após sua primeira crise, já na fase adulta. Boto e Peixe-Donzela iniciaram atendimento em

serviços de saúde mental em momentos distintos da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Beta tem 51 anos, separada, mora em um abrigo municipal, não tem contato com parentes e recebeu também notificação de internação compulsória. Beta já tinha mais de 40 anos quando foi encaminhada ao CAPS, porém devido à falta da presença de familiares para mais detalhes do seu histórico, não foi possível identificar se ela já havia passado por atendimento psiquiátrico em sua cidade de origem.

Durante a observação participante, notamos que os usuários deste equipamento, muitas vezes se afastam do serviço por inúmeras razões. É neste momento, entre muitos outros, que uma crise parece ser anunciada. Abordamos esta questão durante as entrevistas, o que nos permitiu chegar à análise sobre as situações de crise, em que diversas vezes a história do sujeito foi abandonada em favor de atos prescritivos e medicalizantes. Boto revela o que se passava nos momentos que antecederam seu afastamento do serviço:

Porque eu me sentia como se era anoitecer, assim, não todos os dias, mas era assim um negócio que eu não consigo explicar, que aí eu não conseguia mais nem conversar. Eu queria só me trancar no quarto, ficar lá deitado na cama [...] (Boto).

Por sua crença de que os sintomas eram fruto da medicação, parou seu uso. Ficou dois meses sem o remédio, sentindo-se bem sem a medicação, mas voltou a usar após forte ameaça de sua mãe, como explícito na fala do próprio entrevistado:

Minha mãe falou: Ó, se você não tomar eu vou te abandonar! Você tem uma doença, você tem que tratar... Você vai se libertar disso, mas primeiro tem que se tratar (Boto).

O abandono da medicação é colocado no mesmo patamar do abandono do usuário por parte de sua mãe, caso ele não tome o remédio. Em muitas situações, a medicalização dessa forma ocupa o lugar de controle dos corpos, sendo encarada como premissa máxima para a “cura”, tendendo a ofertar psicofármacos, rebaixando o corpo ao organismo ou reduzindo o sujeito a simplificações progressivas^{15,19}.

Este parece ser um grande equívoco ao se pensar em modos de cuidado em liberdade que deveria ser constituído por ampla rede de serviços abertos, pois a ênfase na prescrição e uso do medicamento destituiu o lugar do sofrimento

psíquico como objeto complexo que demanda muitos outros olhares para além deste modo biomedicalizante de agir em saúde.

Acerca do cuidado territorializado, Boto denuncia, por meio da sua experiência de crise, o quão complexa é esta tarefa e mostra em sua fala que os dispositivos de atenção e cuidado devem se apropriar de forma significativa da máxima Basagliana, de tirar a psiquiatria do centro e deixar emergir o sujeito¹. Pois para oferecer atenção à crise em espaços extra-hospitalares, é preciso uma mudança de paradigma, de dentro para fora das instituições, para além do que está promulgado nas portarias e normas.

Beta, por sua vez, diz que nunca se afastou do equipamento, entretanto, também associa o serviço ao uso de medicamentos. Do mesmo modo, Peixe-Donzela, associa o “tratamento” a “tomar remédio”. Refere que quando cessou o uso das medicações “entrou em crise”:

É, começou a tristeza, aí eu já tava com problemas no casamento, começou muita tristeza, aí eu entrei em crise! Ah, eu comecei a falar, eu tava deitada na cama, e eu comecei a falar pro meu esposo que não tinha esposa, que tinha falecido que não tinha nada a ver! E falava só besteira, só coisa que não tinha nada a ver! (Peixe Donzela).

Ainda no caso de Peixe-Donzela, fica claro o quanto o pedido de anulação do casamento por parte do companheiro teve origem em um momento em que a usuária estava em crise. O CAPS foi acionado pelo Poder Judiciário com um pedido de relatório sobre o acompanhamento da usuária. Esses relatos mostram o quanto necessitamos avançar na lógica do cuidado.

Neste núcleo, destacamos a efervescência da vida extramuros e ratificamos a potência do cuidado em liberdade como o próprio cerne da efetivação da Reforma Psiquiátrica, “em suma, as estruturas e os modos de trabalhar, nos quais se concretiza o novo sistema de saúde mental, nascem não do externo, ao lado e de suporte ao manicômio, mas por meio da reciclagem, da reconversão e da transformação progressiva das possibilidades financeiras, do pessoal, das competências existentes, dos espaços físicos, etc. E é exatamente graças a esta gênese da desmontagem do manicômio que essas estruturas externas conseguem ser, em relação a ele, inteiramente substitutivas e a suprimir (substituindo) as práticas preexistentes”².

Os entrevistados possuem em comum, o rompimento de laços familiares em algum momento da vida. No entanto, a presença da mãe cuidadora é muito forte nos casos de Boto e Donzela, com um tímido apoio de demais membros da família. A vida afetiva e social de Boto é limitada, porém aspectos do viver em família vão sendo relatados, uma vez que vive com sua mãe e o padrasto, que também demanda cuidados devido a um Acidente Vascular Cerebral (AVC). Já, nos dizeres de Beta, havia uma rede afetiva constituída anteriormente que se rompeu bruscamente, levando-a a necessitar de abrigo:

Antes do abrigo, eu era casada. Eu morava com meu esposo. Eu fui no Norte visitar os meus filhos, quando eu voltei, ele tinha outra mulher dentro da casa (Beta).

Ao narrar sobre como foi para o abrigo, ela diz: “*Eu ganhei o direito de ficar lá até resolver tudo*” (Beta). Ainda afirma que havia passado um ano no Nordeste visitando os filhos, e voltou:

[...] para resolver esses processos, pra resolver casa... moradia, e mais alguma coisa, porque tá tudo em processo... quando eu voltei, pedi para divorciar, e eu conversei com a Assistente social, que eu não vou ficar sem nada, porque o direito é o mesmo, né? (Beta).

Sobre sua rede familiar, afirma que não perdeu o contato com os filhos, mas com os pais e irmãos, sim. No delineamento da RAPS do município estudado, não existe o Serviço Residencial Terapêutico (SRT), equipamento vinculado ao SUS que disponibiliza moradia para ex-internos oriundos de períodos de longa duração em hospitais psiquiátricos. O “não lugar” para esta população exige das equipes o fortalecimento do trabalho realizado com as famílias e o enfrentamento de situações de abandono, bem como o estreitamento de laços com a rede de Assistência Social a fim de encontrar soluções pontuais como abrigamentos em equipamentos vinculados ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS). No caso de Beta, houve esta possibilidade.

Ao ser indagada sobre os serviços pelos quais passou, Beta começa a tecer um relato da rede de cuidadores que possui. Cita uma patroa, uma amiga da loja onde trabalhou, até aparecer o relato de uma irmã, residente no município.

Ah, se não tivesse essas pessoas, eu nunca me imaginei assim não, porque todo canto que eu tô, sempre tem alguém do meu lado, sempre tá alguém querendo correr atrás de mim, é o tempo todo! Eu até já dormi na rua uns tempos, porque eu

fui pra casa da minha irmã, e ela não me aceitou, por causa das filhas dela [...] (Beta).

O núcleo familiar de Peixe-Donzela é um pouco mais ampliado, o que pode ser confirmado em seu relato sobre com quem mora:

[...] com a minha mãe e meu irmão. Minha tia tá passando uns dias [...] minha mãe que vê tudo. Mas se eu precisar contar com a minha tia, meu irmão ou meu pai, posso contar com eles. Têm o maior carinho, cuidado (Peixe-Donzela).

Também tem uma ampla rede de amigos:

Saio com minha amiga, a gente foi a um quiosque de pagode. Na outra semana, eu saí de novo com ela, tem os jovens da igreja... pessoas da igreja, tem um monte de gente do grupo de oração, senhoras, senhores, pessoas mais velhas, mais novas. Eu também tenho amizade na igreja (Peixe-Donzela).

Os usuários entrevistados apontaram em suas falas redes que a RAPS não contempla, tornando-se papel dos serviços, neste caso, em especial, dos CAPS, aglutinar as diversas redes, chamando-as ao cuidado. Aparecem em suas falas, o padrasto, a prima, a tia, a assistente social do abrigo. Os relatos em prontuário não deram conta de mostrar qual a relação e o papel destes mesmos personagens na teia de relações dos usuários entrevistados.

Nas redes apontadas pelos sujeitos, aparecem os serviços de saúde: o CAPS, o Hospital Geral e o Polo de Atenção Intensiva (PAI), como serviços que compõem as redes de saúde. O PAI é uma unidade de Psiquiatria que, desde o ano de 2007, é referência em internação psiquiátrica para as nove cidades da Baixada Santista e possui trinta leitos para usuários com transtorno mental severo e persistente em situação de crise.

O PAI, por exemplo, é bastante presente no relato de Boto. Sobre o motivo da internação, Boto afirma:

Porque eu tava muito... fora do controle, tava muito estressado... brigava com a minha mãe, estressava quando as pessoas passavam na rua, já pensava que tava falando de mim, que era comigo que elas tava falando (Boto).

Esta fala retoma a questão da simplificação de sua existência-sofrimento ao sintoma^{15,19}. Quando relata sua internação, afirma que foi a sua mãe quem o internou:

É, foi a minha mãe, porque eu usava droga. Ela só queria me ajudar! Ela me internou, que eu já não tava mais em casa, ela tinha me colocado pra fora de casa. Na rua, eu comecei a sentir na pele, né? Que as drogas tava me fazendo mal (Beta).

Beta refere ter passado por duas “internações”: no CAPS III e no PAI. Sobre sua vivência no CAPS, durante a hospitalidade integral, diz: “*Se eu tiver aqui, aqui é como um hospital, todo dia eles têm que me visitar e me dá remédio*” (Beta).

Dos três casos relatados, dois passaram por internação no PAI, nesta amostra, se considerarmos que, entre os 12 sujeitos da pesquisa, quando estiveram em Hospitalidade Integral no CAPS, sete foram encaminhados ao PAI, isso representa 58% do total de sujeitos. Este dado mais uma vez chama a atenção para o papel que a RAPS necessita assumir no território.

O número reduzido de leitos no hospital geral, a falta de uma equipe de saúde mental na urgência e emergência, a inexistência de núcleos da Estratégia Saúde da Família (ESF) na área insular do município, evidenciam-se como desafios enfrentados pelas equipes da RAPS. Identificou-se que, apesar das falhas na rede e da falta de equipamentos as instâncias jurídicas, ao acionarem as redes de saúde, na maioria dos casos, obtêm-se as respostas por meio do CAPS, indicando que este equipamento é reconhecido como local de cuidado.

O trabalho em rede na Saúde Mental não é uma novidade, pois a dinâmica de sofrimento dos usuários dos serviços e de suas famílias impele os atores envolvidos a tentar buscar, com outros serviços e com o território, respostas para ressignificar o que está cindido no sujeito. Apesar desta interlocução nem sempre acontecer, há um entendimento de que ela seja necessária. Nesta pesquisa, os três usuários entrevistados afirmaram em suas falas que se sentiam cuidados pela rede, e não identificaram nada que pudesse estar faltando em seus casos específicos.

Em relação à ordenação das ações em rede, a Portaria 336/02¹¹ orienta que esta é uma função do CAPS, no entanto, observamos que o que se evidencia, assim como em outras pesquisas, é que a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental, requerida como tarefa dos CAPS, é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional²⁰. Note-se que esta portaria data de 2002 e que, após a Portaria 3088/11⁴, o CAPS sofre um deslocamento deste papel, que passa a ser assumido pela

Atenção básica conforme preconiza a RAPS. Ou seja, o CAPS responsabilizando-se, em conjunto à Estratégia Saúde da Família (ESF), pela ordenação da rede. As redes de saúde dos nossos sujeitos estão, portanto, em transição.

O CAPS III do município é referência para toda a cidade, oferecendo atenção integral para usuários em crise referenciados nas cinco demais unidades de saúde, além dos casos de primeira crise. A porta de entrada para urgência/emergência é o Hospital Municipal. Intersetorialmente, parte dos casos têm origem nas solicitações da Defensoria Pública, do Ministério Público, Poder Judiciário, ou do Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Vejamos o que diz Beta sobre sua relação com o Poder Judiciário:

Chegaram lá, com um processo, e depois disseram: olhe, escreveram aqui pra você, o promotor de justiça, escreveram aqui que você é doente da cabeça! Você é doente da cabeça. Ai eu não dei nem atenção, porque eu não sei quem não é (gesticula como se estivesse lavando as mãos), eu nunca vi uma coisa dessa. Ai eu deixei quieto. Com um tempo, foi que disseram, você tem que passar pelo um médico. Porque passar pelo um médico assim, psiquiatra? Ele me internou. Foi isso (Beta).

Peixe-Donzela conta sobre seu processo de anulação de casamento. Ela casou-se na igreja e no civil, depois anulou o casamento na igreja e se divorciou. Sobre este processo, afirmou que só o seu companheiro foi acompanhado de advogado, porque procurou a Defensoria Pública e lhe informaram que não precisava de advogado:

Eu fui ali pra ver e falou que não precisava. Acho que não ia precisar, porque ele já tinha advogado e já tava meio caminho andado. Deve ser por causa disso (Peixe-Donzela).

Beta, a mais velha entre os entrevistados passa a ter comportamento estranho, percebido pela sociedade e o MP é acionado. A partir daí ela dá início ao acompanhamento no CAPS. Após início do acompanhamento pelo CAPS e com um retorno satisfatório do ponto de vista da Reabilitação Psicossocial de Beta, desta vez o judiciário emite pedido de internação compulsória, o que expõe a aparente morosidade do PJ e de fato a evidente dissociação entre o CAPS III e os atores do setor judiciário. Pois uma vez que o primeiro pedido de avaliação do caso deu-se em 2010, tendo Beta passado por HI no CAPS em 2011 e se vinculado à oficina de percussão do CAPS

(BATUCAPS), na qual participava com assiduidade, os profissionais envolvidos não compreenderam por que em outubro de 2012 receberam a ordem judicial de internação compulsória (internação feita involuntariamente e a pedido judicial) e antecipação de tutela (maior celeridade dada a um pedido judicial).

Peixe-Donzela apresenta sofrimento psíquico grave já desde a tenra idade, passando a ser citada judicialmente na idade adulta com um pedido judicial de anulação do casamento. Donzela inicia atendimento em serviço de saúde mental na baixada santista, quando o serviço ainda era considerado um “programa” em 1997, aos 16 anos. A atuação vanguardista das equipes que então iniciam a intervenção no antigo Hospital Anchieta, em Santos, conhecido como a Casa dos Horrores, propicia que casos como o de Donzela, sejam cuidados para além da existência de portarias e diretrizes claras de atenção em saúde mental ao público infantojuvenil.

Ao revés, o caso de Boto se inicia após algum avanço das políticas públicas de saúde mental, passa por todas as dificuldades que o uso abusivo de substância psicoativa acarreta, bem como pelo conjunto de situações que comumente envolvem a dependência química e, somente após intervenção judicial, reinicia acompanhamento na saúde mental aos 19 anos a pedido da família que se queixava do uso abusivo de psicoativos. A portaria que define a RAPS é instituída no ano de sua primeira internação, o que denota mais uma vez, que o funcionamento das redes não depende apenas da instituição de portarias.

Os três casos têm em comum o sofrimento psíquico, a intervenção dos mecanismos de justiça e o acompanhamento pelo CAPS III do município. Durante a entrevista de Beta, ela cita uma ação intersetorial: o atendimento conjunto da saúde mental (CAPS) e da Assistência Social (Abrigo) prestado à Beta, e a visita feita pelo CAPS àquela instituição, onde a usuária revela ter se sentido mais segura após esta intervenção.

Avaliamos que as redes aqui envolvidas no caso de Beta se apropriaram do conceito de empréstimo de poder contratual possibilitando, ou oferecendo espaço, para as trocas afetivas e materiais. O universo social é constituído de relações de trocas, estas, por sua vez, são realizadas a partir de valores atribuídos previamente aos indivíduos. Esses valores seriam equivalentes ao poder contratual, do qual destacamos três dimensões de contratualidade: as trocas de

bens, de mensagens e de afetos^{17,18}. Nesses casos, sujeitos são destituídos deste poder de troca, conseqüentemente, sem valor. Dessa forma, a Reabilitação Psicossocial pode ser entendida como a reconstrução desses valores e o aumento de poder de contratualidade do usuário^{17,18}.

Peixe-Donzela não informa em seu relato se houve acompanhamento dos profissionais do CAPS, ou mais especificamente, de sua referência técnica no momento de seu divórcio, embora fique evidente que pôde contar com o serviço quando precisou dele. Tal situação aponta para um maior poder de contratualidade da usuária diante de seus problemas pessoais.

Por último, Boto, internado a pedido da família, com apoio do MP, é um demonstrativo de uma questão que se tornou muito maior nos dias atuais e vem ganhando força nas discussões acerca do uso e abuso de álcool e outras drogas. Desafio que convoca a todos a uma reflexão mais ampla. A questão da dependência química e as internações compulsórias determinadas para a população com agravos à saúde decorrente do uso e abuso de substâncias psicoativas, também chama a atenção na pesquisa, pois confirma que os recursos extra-hospitalares no território são ainda insuficientes, ou mesmo inexistentes, evidenciando um problema macro que atinge a sociedade brasileira. Voltando aos dados da pesquisa, cinquenta por cento dos usuários com indicativo de judicialização entre 2011 e 2012 possuíam algum tipo de transtorno associado ao uso abusivo de psicoativos, ou apresentavam comorbidades decorrentes do uso.

A pesquisa despertou ações intersetoriais por parte do CAPS no CREAS, Poder Judiciário e Defensoria Pública. A partir de casos emblemáticos no município, estes setores reuniram-se em momentos pontuais para discutir ações em conjunto. Este olhar para as diversas redes, por meio do olhar dos usuários judicializados, permitiu desenhar novas perspectivas para o cuidado em saúde mental e trazer a discussão de uma inserção efetiva dos parceiros intersetoriais dos mecanismos de justiça e de Assistência Social como garantidores do acesso aos serviços de saúde mental como direito humano das pessoas em grave sofrimento psíquico.

A judicialização, encarada como uma forma de controle, pode estar alertando para o esvaziamento das práticas de cuidado em saúde mental. Por sua vez, se os mecanismos de justiça forem considerados como parceiros na garantia

do direito à saúde como um direito humano nota-se que, tanto no caso de Boto como no de Beta, as intervenções judiciais serviram para afirmar o papel do CAPS III como acolhedor das situações de crise.

CONCLUSÃO |

Para além das mudanças administrativo-estruturais, apontamos para a mudança ético-política das estratégias de controle pautadas na judicialização e medicalização, para a inserção dos mecanismos de justiça nas discussões intersetoriais e para a retomada da noção de Atenção Psicossocial, própria do dispositivo CAPS. O fortalecimento do CAPS III, como dispositivo de atenção à crise, em detrimento de acolhidas ou internações hospitalares, também se evidencia como primordial. Inferimos que quanto mais estreito o diálogo entre as redes de atenção psicossocial e os agentes de justiça mais forte esta rede pode se tornar.

Boto, Donzela e Beta apontaram uma rede ainda frágil (apesar de potente e viva) e lacunas na comunicação entre os parceiros intersetoriais e divergências entre o que cabe à Assistência Social e o que cabe à Saúde. Verificada a necessidade da criação de novos serviços como o CAPS AD III, além da implantação de uma equipe de saúde mental no Hospital Municipal, ou mesmo a melhora na interlocução entre os CAPS e o Hospital Municipal. Também se evidencia a urgente criação de mais dispositivos de reabilitação psicossocial extra-hospitalares além de dispositivos extra-CAPS. Destacamos o conceito de “Desinstitucionalização”, tecido no bojo do movimento pela reforma psiquiátrica italiana, como fio condutor que alinhava estas redes e como estratégia de desconstrução de práticas sociais e ideologias proibicionistas, excludentes e normatizadoras.

Por hora, cabe dizer que retomar o seu lugar e seu papel dentro da lógica da Atenção Psicossocial é tão urgente quanto a própria crise. Desta forma, mais uma vez se coloca como urgente e imperativo resgatar os princípios da Atenção Psicossocial como uma escolha ético-política, baseada em um modelo de sociedade que contemple todas as existências e, conseqüentemente, o sofrimento psíquico como condição humana.

REFERÊNCIAS |

1. Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *Hist Ciênc Saúde-Manguinhos*. 1994; 1(1):61-77.
2. Rotelli F, Leonardis O, Mauri D. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “países avançados”. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 17-59.
3. 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. *Diário Oficial da União* 9 abr 2001.
4. Ministério da Saúde (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). *Diário Oficial da União* 30 dez 2011.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso em 30 jun 2016]; 15(5):2297-305. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>>.
6. Pedrosa TB, Moreira MIB. Judicialização da saúde mental e intersetorialidade. In: Asensi F, Pinheiro R, Mutiz PA, organizadores. *Saúde e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Multifoco; 2016. p. 471-84.
7. Costa-Rosa A. Modo psicossocial: um novo paradigma nos tratamentos psíquicos em saúde coletiva. *Vertentes*. 1999; (5):11-22.
8. Silva M, Costa-Moura R. De “louco infrator” à “pessoa adulta portadora de transtorno mental em conflito com a lei”: sobre categorias governamentais e processos de vulnerabilização. *Interseções* [Internet]. 2013 [acesso em 24 ago 2014]; 15(2):301-28. Disponível em: URL: <<http://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/intersecoes/article/view/9536/7387>>.
9. Asensi FD. Judicialização ou juridicização? As instituições jurídicas e suas estratégias na saúde. *Physis* [Internet]. 2010 [acesso em 09 jul 2013]; 20(1):33-55.

Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n1/a04v20n1.pdf>>.

10. Abou-YD, M. Por uma clínica antimanicomial: a ousadia de um projeto. In: Campos F, Lancetti A, organizadores. Saúde loucura 9: experiências da reforma psiquiátrica. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 91-9.

11. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Diário Oficial da União 20 fev 2002.

12. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

13. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MC, organizadora. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9. ed. Petrópolis: Vozes; 1994. p. 51-66.

14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.

15. Dell'Acqua G, Mezzina R. Resposta à crise. In: Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. São Paulo: Resenha, 1991, p. 53-79.

16. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.

17. Kinoshita RT. Contratualidade e reabilitação. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p.55-9.

18. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1996. p. 13-18.

19. Costa-Rosa A. Atenção psicossocial além da reforma psiquiátrica: contribuições a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: UNESP; 2013.

20. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública. 2006 [acesso em 25 set 2013]; 22(5):1053-62. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n5/18.pdf>>.

Correspondência para/ Reprint request to:

Tacianna Bandim Pedrosa
*Avenida Conselheiro Nébias, 600, apto. 12,
Boqueirão, Santos/SP, Brasil
CEP: 11045-002
Email: taciannabp@gmail.com*

Submetido em: 15/07/2016

Aceito em: 20/12/2016