

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Anália da Silva Barbosa

A atenção psicossocial nos demanda, antes de tudo, resgatar os processos históricos e os contextos políticos e sociais que incidem na construção de uma nova estrutura da política de saúde mental, em que se tem como propósito a garantia da dignidade humana e o direito à cidadania por meio de dispositivos que substituam o modelo asilar.

No Brasil, o campo da saúde mental até a década de 1970 teve predominantemente o modelo hospitalocêntrico como determinante, em que a oferta de assistência à população era pautada no saber psiquiátrico e no isolamento. A partir desse contexto, e do debate da violência institucional e do aparato manicomial (AMARANTE, 2007), surge o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira como um processo ético-político e social (BRASIL, 2005).

Sendo assim, foi somente a partir da luta dos trabalhadores, usuários e familiares, e consequentemente das conquistas das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, que se elabora a reformulação da política de saúde mental, um conjunto de práticas substitutivas ao modelo asilar, denominada de atenção psicossocial. Tal conceito acompanha as diversas transformações em relação ao paradigma manicomial, principalmente rompendo com as violências institucionais e a construção de outros dispositivos de cuidado que assegurem a assistência em liberdade e territorial (COSTA-ROSA, 2003).

O modelo de Reforma Brasileira baseia-se na proposta reformista da Psiquiatria Italiana, na qual entende-se o cuidado não mais focado na doença, mas sim no sujeito, e realizado na rede substitutiva ao hospital psiquiátrico. Assim, cuidar compreende não anular a doença, mas articular possibilidades de vida diversas nos campos do trabalho, moradia, circulação pela cidade, lazer e cultura (AMARANTE, 1996).

Logo, compreende-se que o cuidado em saúde mental demanda um olhar ampliado para a noção de saúde, entendendo-a não apenas como ausência de doença, mas como um processo complexo atravessado pelos determinantes sociais.

Desta maneira, para pensar o cuidado em saúde mental em uma perspectiva que configure a desinstitucionalização, se faz necessário pensar a articulação com os territórios de vida dos sujeitos. Neste mesmo sentido, Franco Basaglia ao propor a noção de desinstitucionalização destaca que esta não se restringe a uma crítica ao modelo de cuidado centrado no hospital psiquiátrico, mas deve ser uma mudança teórica e política em que se faz necessária a desconstrução do lugar da loucura de exclusão e estigmatização social. A partir de Basaglia é inaugurado um novo campo de relacionamento com a loucura, não mais como proposto pela psiquiatria moderna, tendo no centro o manicômio e a produção de exclusão e tutela.

Após a Lei 10.216 de 2001 o modelo de saúde mental foi redirecionado para a perspectiva da Atenção Psicossocial, e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) passam a ser considerados dispositivos estratégicos do movimento de progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital em direção à comunidade (BRASIL, 2004).

O CAPS caracteriza-se como um serviço de saúde aberto, comunitário e de cuidado intensivo, que tem como objetivo disponibilizar atendimento à população adscrita na sua área de abrangência; oferecer acompanhamento clínico e estimular a reinserção social dos

usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004). Vale ressaltar que o CAPS é o serviço central da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), dessa forma não é o único substituto dos hospitais psiquiátricos, mas sim parte de uma rede articulada de diferentes serviços que possuem como um dos objetivos a integralidade da assistência (BRASIL, 2011).

De acordo com o previsto pelo Ministério da Saúde, a partir da publicação da Portaria 336 se regulamentou a constituição e funcionamento dos CAPS em nível nacional (BRASIL, 2011). Também é dada aos CAPS a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território, em uma perspectiva na qual estes dispositivos devem estar articulados na rede de serviços de saúde e intersetorial, a RAPS. A interação com outras redes de atenção é necessária para fazer face à complexidade das demandas de inclusão daqueles que estão excluídos da sociedade por transtornos mentais (BRASIL, 2004).

A organização desta rede tem a noção de território como importante orientador. O conceito de território no campo da saúde mental opera como instrumento para promoção de saúde e cidadania, afirmando que só será possível produzirmos saúde se valorizarmos a região emoldurada pelas referências sociais e culturais daquela comunidade. O território deve ser entendido pela perspectiva não apenas do bairro de domicílio do sujeito, mas como um conjunto de referências socioculturais e econômicas que desenham seu projeto de vida e sua inserção no mundo (SANTOS, 2007).

Dito isso, para que a execução desta política esteja de acordo com o paradigma psicossocial, é imprescindível que o tratamento dos sujeitos em sofrimento psíquico seja realizado no seu território de convívio. Dessa maneira, objetiva-se o desenvolvimento da autonomia e cidadania dos usuários, com um cuidado que pressupõe qualificar suas vivências em comunidade por meio da reinserção social (FERREIRA; BEZERRA, 2017). Tal sintetização vai ao encontro do que está preconizado na Portaria 3.088 – o respeito aos direitos humanos e a garantia de autonomia; a diversificação de estratégias de cuidado; a realização de atividades no território com objetivo de exercer a cidadania, e o desenvolvimento de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Seixas *et al.* (2021) ressaltam que as apostas no cuidado em saúde mental devem privilegiar como estratégia um cuidado ampliado no território, mais próximo da população, presentes na vida cotidiana dos usuários; articulando diferentes atores no território para criar novas possibilidades de cuidado que atendam às necessidades particulares de cada sujeito, entendendo que é imprescindível essa compreensão para não sermos cooptados pela lógica médico-centrada e retomada do modelo manicomial.

Nessa mesma perspectiva, Deleuze e Guattari apontam para a complexidade desse conceito nos processos de subjetivação dos sujeitos:

[...] Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos

espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (*Apud* HAESBAERT; BRUCE, 2002, p. 6).

Desta maneira, para pensar o campo da atenção psicossocial em uma perspectiva que configure a desinstitucionalização, se faz necessário pensar a articulação com os territórios de vida dos sujeitos. Significa, também, criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território com a loucura – do manicômio, lugar zero das trocas sociais, ao espaço público como *locus* terapêutico, de intervenção, de montagens e instalações em permanente processo de produção (ROTELLI, 2001).

O cuidado em saúde mental passa a fazer parte do panorama da cidade, apropriando-se dos bairros, das ruas, das praças, das igrejas, do bar da esquina, enfim, dos espaços sociais, que se constituem como os novos lugares da loucura. Ao lançar-se no espaço aberto, sem fronteiras demarcadas e sem medidas prévias de tempo, não são só os usuários de saúde mental que estão diante da novidade de experimentar os espaços urbanos, mas também os profissionais, com seus saberes e práticas, que se deparam com uma nova realidade de atuação, as quais passam a incorporar a paisagem citadina, os espaços públicos, com o desafio de articular o espaço-tempo da cidade com a condição espaço-temporal própria da loucura (PALOMBINI, 2004, p. 10).

Nesse percurso, verifica-se em pesquisas realizadas na área de saúde mental que têm como campo de estudo a atuação e funcionamento dos CAPS, que ainda há uma precariedade das ações territoriais e, conseqüentemente, se faz necessária a aproximação dos serviços às comunidades (LEÃO; BARROS, 2012).

Superar o isolamento historicamente imposto à experiência da loucura, na busca de uma vida mais possível para todos, substanciando a desinstitucionalização e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira é um desafio aos sujeitos, aos profissionais e às instituições a se implicarem na produção de um cuidado junto aos territórios a partir dos encontros e das relações que ali se configuram cotidianamente.

Sendo assim, destaca-se que o trabalho multiprofissional das equipes que atuam no campo da atenção psicossocial tem como direção a efetivação do processo de desinstitucionalização e elaboração de novas práticas de cuidado. Para tanto, se estabelecem novas relações entre os profissionais de saúde mental, permitindo maior diversidade das ações e busca de consensos, através de uma relação baseada na interdisciplinaridade e não somente na multidisciplinaridade – entendida como mera justaposição de saberes. Logo, deve-se priorizar uma comunicação horizontal, afetiva e solidária na relação entre profissionais, com responsabilidade compartilhada, e que resulte na transformação de suas práticas no sentido de irem ao encontro de um novo modelo de atenção.

Frente às questões apresentadas e ao cenário político, econômico e social vivido atualmente é um desafio enorme manter e sustentar o modelo da atenção psicossocial no campo da saúde mental, uma vez que a desinstitucionalização é norteadora do cuidado e vai na contramão do sistema vigente que cada vez mais legitima políticas públicas que reproduzem a lógica manicomial.

Não é estranho se deparar atualmente com o subfinanciamento da política de saúde mental e com a fragilização da efetivação do modelo da atenção psicossocial frente a lógicas de trabalho que priorizam o viés biomédico centralizado na doença. Sendo assim, se faz urgente a construção de espaços coletivos de luta que configure uma arena de debates e o

desenvolvimento de ações que fortaleçam o campo da atenção psicossocial envolvendo usuários, familiares, profissionais, movimentos organizados da sociedade civil e diferentes atores.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica. *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, Jul/Set., 1996.
- _____. Saúde mental e atenção psicossocial. Fiocruz, 2007.
- BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, 2004.
- _____. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Ministério da Saúde, 2005.
- _____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde, 2011.
- COSTA-ROSA A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: Rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde mental e atenção psicossocial*, v. 2, p. 13-44, 2003.
- FERREIRA, G. H. L.; BEZERRA, B. D. G. A “reinserção” social dos usuários (as) dos CAPS II do município de Mossoró-RN sob a ótica das assistentes sociais. *Revista Includere*, 3(1), 51-62, 2017.
- HAESBAERT, R.; BRUCE, G. A desterritorialização na obra de Deleuze e Guattari. In: *Geografia*, v. 4, n. 7, p. 7- 25, 2002.
- LEÃO, A. B. Território e Serviço Comunitário de Saúde Mental: as concepções presentes nos discursos dos atores do processo da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 572-586, 2012.
- ROTELLI, F.; LEONARDI, O.; MAURI, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*, p. 17-59. São Paulo: Hucitec, 2001.
- SANTOS, M. O espaço do cidadão, 7. ed. São Paulo: EdUSP, 2007.
- SEIXAS, C. T. *et al.* A crise como potência: Os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação* [online], v. 25(1), 2021.