

O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: CAMINHOS POSSÍVEIS NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

The Mental Health Care: possible paths in the psychosocial attention's net

Mariana Peres Trajano¹

Suela Maiara Bernardes²

Magda do Canto Zurba³

Artigo encaminhado: 31/03/2017

Aceito para publicação: 09/12/2017

RESUMO: O presente estudo tem como objetivo apresentar reflexões sobre o tema *cuidado em saúde mental*. Será discutido o conceito de Clínica Ampliada e a trajetória da Psicopatologia, perpassando sua posição tradicional, como entidade que estuda os transtornos mentais e intervém através das práticas curativas, até sua posição crítica, onde promove uma nova forma de pensar o cuidado com pessoas em sofrimento psíquico. Muitos desenhos do cuidado já foram pensados e planejados. Todavia, os diversos olhares transbordam na prática e iluminam os desencontros epistemológicos. Os caminhos possíveis neste cenário onde tantas perspectivas se entrelaçam e se chocam são, em alguns momentos, invisíveis, mas estão lá, à espreita de uma oportunidade para tomar conta do espaço. Neste sentido, faz-se necessário pensarmos em premissas para que os conflitos epistemológicos e práticos não absorvam o cuidado em saúde mental à um lugar ineficaz e perigoso.

Palavras-Chave: Cuidado em Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Clínica.

ABSTRACT: The present study aimed to present reflections about mental health care. The concept of extended clinic and psychopathology trajectory will be discussed, extending its traditional position as an entity that studies mental disorders and intervenes through curative practices, to its critical position, where it promotes a new way of thinking about caring for people in distress psychic. Many models of care have already been thought out and planned. However, the various glances overflow in practice and illuminate epistemological mismatches. The possible paths in this scenario where so many perspectives are intertwined, and clashing are at times invisible, but there are, on the lookout for an opportunity to take charge of space. In this sense, it is necessary to think of premises so that epistemological and practical conflicts do not absorb mental health care into an ineffective and dangerous place.

Keywords: Mental Health Care. Psychiatric Reform. Clinic.

¹ Psicóloga e Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC

² Psicóloga e Mestre Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial – UFSC

³ Coordenadora do Mestrado em Saúde Mental e Atenção Psicossocial. KOAN -Núcleo de Pesquisa em Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento Humano/UFSC. Departamento de Psicologia - Universidade Federal de Santa Catarina.

1 PRIMEIRAS CONSIDERAÇÕES

A Ciência da Saúde, assim como qualquer outra área do conhecimento, evolui, desenvolve-se, ganha novos atores, perde outros, promove discussões diferentes. Esta ciência percorreu um caminho importante e o positivismo fez parte da construção do conhecimento da saúde. Para tanto, o pensamento positivista atravessou a ciência e não seria diferente no que tange as práticas de saúde mental. Os manuais de classificação dos transtornos mentais fizeram e ainda fazem parte deste contexto. Assim, o CID-10 e o DSM-V, por exemplo, trazem ainda a busca por uma classificação dos transtornos mentais, porém devem ser usados com cautela e não como único instrumento de compreensão dos transtornos mentais. Logo, no cuidado em saúde mental, buscamos compreender o sujeito em seu sofrimento psíquico, sua dimensão histórica e social e não o transtorno mental em si, dissociado da pessoa.

A herança estigmatizante e normativa das classificações servem de exclusão e enquadramento social, sem compreender a história de vida do sujeito que sofre e desconsiderando a construção vivencial e familiar. As formas de avaliação, como nos manuais classificatórios, e mesmo nas práticas terapêuticas, carregam em sua trama padrões normativos até os dias de hoje (AMARANTE, 1996; AMARANTE e TORRE, 2007).

O surgimento do movimento da Reforma Psiquiátrica possibilitou um novo olhar para a saúde mental, para a loucura, para o diferente. Busca ainda uma mudança epistemológica da compreensão das pessoas que estão em sofrimento psíquico e uma transição de paradigma. A loucura pode ser compreendida enquanto fenômeno social. Retomaremos adiante alguns entraves surgidos também com ideologias vindas da Reforma Psiquiátrica; pois corremos o risco de negar a doença, idealizar a loucura e minimizar o sofrimento sentido pelo sujeito (CAMPOS, 2001).

De acordo com Bachelar (1996) não podemos invalidar os conhecimentos e as ciências tradicionais. Para o autor, o surgimento de novas tendências, modelos e posturas epistemológicas não significa que as antigas serão abandonadas de uma hora para outra. Isto porque é difícil abrir mão do conhecido, do usual, do habitual.

Contribuindo com esta ideia de Bachelar (1996), Vasconcellos (2002) também traz discussões epistemológicas importantes para a Ciência da Saúde. A autora busca apresentar o novo paradigma da ciência, nomeando-o como pensamento sistêmico. Isto se dá pelo fato de olhar o fenômeno com uma postura

diferente da tradicional. O pensamento sistêmico favorece o pensamento complexo, onde o foco é relacional; instável, disseminando a ideia de que não existe uma causa e um efeito único para os acontecimentos e/ou fenômenos.

Neste sentido, suspender a doença e deixá-la entre parênteses, possibilita compreender a história da pessoa e sua construção social e histórica. Esta postura frente ao processo saúde/doença promove olhar para o sujeito, transformando a clínica tradicional da exclusão social e instituindo a ruptura epistemológica com o modelo hospitalocêntrico e medicalizante. (AMARANTE e TORRE, 2007).

2 CIÊNCIA TRADICIONAL

O nascimento da Psicopatologia ocorre no século XIX e é concomitante com a história da loucura, que tem a área médica, mais especificamente a psiquiatria, como sua detentora. Nesse período, a doença mental tinha como referência o homem natural e normal, e este era o estado que precedia a doença. Essa compreensão desvela o caráter positivista da Psicopatologia da época (MOREIRA, 2002).

A função da Psicopatologia Positivista era a teorização dos transtornos mentais e da psiquiatria e da Psicologia clínica era a terapêutica, a explicação era necessária, por vezes havia confusão em relação as finalidades de cada área. A classificação a que a Psicopatologia da época proponha era identificar os sintomas como normal e patológico. Estudos realizados por Canguilhem (1946), apontavam que não era a ciência detentora do saber sobre o normal e patológico e sim a vida enquanto um sistema de valores (MOREIRA, 2002).

As formas de avaliação, como os manuais classificatórios, e mesmo as práticas terapêuticas são normativas ainda hoje. “Desta forma, é possível perceber com clareza uma história dos processos avaliativos que demonstra a natureza normativa e positivista do campo da avaliação e suas práticas” (AMARANTE e TORRES, 2007, p. 42)

3 REFORMA PSIQUIÁTRICA E A PSICOPATOLOGIA CRÍTICA

Com os movimentos mundiais da Reforma Psiquiátrica, é notório as transformações que vem acontecendo no campo da Saúde Mental. Franco Basaglia, importante personagem da Reforma Psiquiátrica italiana, o movimento adquire caráter de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico. Basaglia não concordava

com o tratamento despendido aos pacientes com transtornos psíquicos nos hospitais e busca serviços substitutivos à internação psiquiátrica (AMARANTE, 2007).

A busca pela desinstitucionalização acontece devido à prática de poder exercido pela psiquiatria da época, sendo que os pacientes ficavam longos períodos internados e eram rendidos a coerção e submissão do modelo psiquiátrico. Assim, há uma negação do saber psiquiátrico como ideologia e superação do paradigma psiquiátrico (AMARANTE, 1996; COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003):

No Brasil, o movimento aconteceu no final dos anos 80. Surge, então, a possibilidade de cuidar das pessoas denominadas loucas longe da clausura dos hospitais. Impossível desconsiderar os impactos dos movimentos da Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiatria em nosso contexto atual.

As Políticas de Saúde Mental, que promovem a reinserção psicossocial, estão em concordância com as inquietações de Amarante (1996) quando o autor discute sobre a desinstitucionalização da saúde mental e dos sujeitos em sofrimento psíquico. Para o autor, a desinstitucionalização se dá a partir de algumas facetas: epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e cultural.

Entretanto, é na dimensão cultural, segundo Amarante (1996), que se concretiza a desinstitucionalização. Neste lugar que está a transformação do imaginário social sobre a loucura. Isto se dá através da aproximação do cuidado em saúde mental nos diversos níveis de cuidado em saúde (UBS e outros espaços); dos movimentos sociais, da inclusão social do sujeito em sofrimento psíquico nos espaços sociais, etc.

No entanto, muito ainda é necessário para avançar no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Estudos demonstram a dificuldade dos profissionais em compreender o processo de cuidado e de atenção psicossocial e ampliado. Isto se dá pelo novo olhar e prática pensados nesse contexto, incluindo também nova formação profissional e treinamentos nos dispositivos de saúde (DIMENSTEIN et. al., 2012; RÉZIO et. al., 2015; PEIXOTO et. al., 2016; VASCONCELOS et. al., 2016; LIMA et. al., 2013; ELY et. al., 2014; PEREIRA e SANTOS, 2012; CHAVES e PEGORARO, 2013).

A transição paradigmática em que estamos vivendo pode ser compreendida quando atentamos para a história da loucura e do cuidado das pessoas em sofrimento psíquico até os tempos atuais. Estamos numa constante contradição e

tensionamento entre as práticas positivistas e as práticas psicossociais. Como afirma os autores,

“(...) o lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição. Talvez esteja aí uma certa característica ontológico-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas” (COSTA-ROSA, LUZIO, YASUI, 2003, p. 29).

A Reforma Psiquiátrica possibilita um novo olhar para a loucura, para o diferente. Busca ainda, uma mudança epistemológica da compreensão das pessoas que estão em sofrimento psíquico e uma transição de paradigma. A loucura pode ser compreendida enquanto fenômeno social.

Para tanto, utilizemos a proposta basagliana, coloquemos entre parênteses a doença e pensemos no cuidado do sujeito em sofrimento psíquico. Colocar entre parênteses é compreendido pela fenomenologia como suspensão fenomenológica, não se considera somente a doença ou o sintoma, mas o sujeito, sem esquecer que a experiência da doença e o sintoma também fazem parte da existência do sujeito, mas não apenas isso (AMARANTE e TORRE, 2007).

Suspender a doença, possibilita compreender a história da pessoa e sua construção social e histórica. Olhar para o sujeito significa uma ruptura com a clínica tradicional e “a doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão e a ruptura epistemológica com a psiquiatria que adotou o modelo de ciências naturais para pretender conhecer a subjetividade” (AMARANTE e TORRE, 2007, p. 49)

A partir dos avanços da Reforma Psiquiátrica e da crítica à Psicopatologia Positivista, é possível pensar em uma compreensão do sofrimento psíquico diferente do modelo normativo, fragmentador e culpabilizatório do sujeito pela sua doença. A Psicopatologia Crítica entende o sofrimento construído, também, pela esfera histórica e cultural e, assim, busca romper com a responsabilização da pessoa pela doença mental e é desideologizadora. A compreensão da Psicopatologia Crítica permite um ensaio para um novo olhar na atenção das pessoas em sofrimento psíquico. Com essas reflexões podemos pensar na clínica do sujeito, não a clínica tradicional ou voltada à demanda das instituições. Mas uma clínica do olhar para o sujeito e para suas relações (MOREIRA, 2002).

4 O CAMINHO DA CLÍNICA PSICOSSOCIAL: A CLÍNICA AMPLIADA

A palavra clínica apresenta diversos significados. Apresentaremos aqui o significado que contribui para os fins da Reforma Psiquiátrica. Assim, como o desenvolvimento da ciência, como discutimos no início deste artigo, o significado de clínica também passou por transições importantes, seguindo assim a potencialidade das práticas e fazeres que vislumbram o cuidado com os sujeitos em sofrimento psíquico.

A clínica ainda é vista por muitos profissionais da Reforma Psiquiátrica e mesmo pelos profissionais da Saúde Pública como terapêutica, ineficiente e elitista. Isso talvez decorra dos resquícios vindos da clínica psiquiátrica e da sua construção de uma clínica voltada para a pessoa, para o individual.

Num primeiro momento, onde a ciência da saúde se dá de forma positivista, objetiva e pragmática, a interrupção dos sintomas tem maior importância do que o cuidado do sujeito na sua integralidade. A eficiência e a produção são vistas como objetivo primordial na degradação da clínica. Esta clínica trabalha com a produção de saúde de modo padronizado, ou seja, o interesse volta-se à economia corporativa, independente da necessidade e da vontade da pessoa (CAMPOS, 2001).

A clínica tradicional trata o indivíduo, o interno, fazendo uma cisão entre “dentro” e “fora” da pessoa. Essa forma de pensar se apóia numa ideologia de construção biológica da loucura e culpabilização do sujeito por ser louco. No século XX Freud com a psicanálise faz o resgate da escuta, nesse mesmo momento faz uma cisão da subjetividade e do biológico e até hoje proporciona esse olhar (CAMPOS, 2001).

Na década de sessenta, na América Latina, surgem os trabalhos da epidemiologia social, decorrentes da medicina social, o que de alguma forma persiste cindindo o homem, seu olhar é voltado para os grupos e comunidade com bases epidemiológicas, criticando o fazer clínico. Criou-se um tensionamento entre a clínica individual e as práticas coletivas e ambas acabam por exercer um reducionismo frente ao sujeito. Ou só o individual está em questão ou só a construção coletiva (CAMPOS, 2001).

Muitas vezes, quando falamos da influência social na construção da doença, compreende-se, erroneamente, que a doença não faz parte do sujeito ou não deve

ser levada em conta. Não podemos negar a doença, esta faz parte do contexto de vida da pessoa, mas não só a doença, mas sim o sofrimento psíquico do sujeito.

“(...) é possível reconhecer no discurso de alguns membros da comunidade antimanicomial certa idealização da loucura, negação das dificuldades concretas e materiais do que significa viver como portador de sofrimento psíquico e minimização do verdadeiro sofrimento que se encarna nesses pacientes, por exemplo, no surto psicótico” (CAMPOS, 2001, p. 102).

Para melhor compreensão e para repensar o fazer clínico na saúde, Campos (2013) elenca três modelos para a clínica: a clínica oficial (clínica tradicional), a clínica degradada e a Clínica Ampliada (a clínica do sujeito).

A clínica oficial tem seu alcance limitado. Sua concepção é voltada para o biológico e preocupação com a doença. A doença sobressai a pessoa de modo fragmentado, voltada para o esbatimento dos sintomas. Existe uma desresponsabilização com a integralidade do sujeito, com a prevenção e a promoção de saúde. As técnicas padronizadas persistem e são herdadas da ciência positivista e reducionista, como o modelo biomédico (CAMPOS, 2013).

A clínica degradada responde aos interesses políticos e econômicos em que a demanda precisa ser atendida. A interrupção dos sintomas tem maior importância do que o cuidado do sujeito na sua integralidade, a eficiência e a produção são vistas como objetivo primordial na degradação da clínica. Esta clínica trabalha com a produção de saúde de modo padronizado, ou seja, o interesse volta-se à economia corporativa, independente da necessidade e da vontade do paciente (CAMPOS, 2013).

A Clínica Ampliada ou do sujeito surge da mudança de olhar para o fenômeno, de uma mudança epistemológica. Na Clínica Ampliada o olhar retorna ao sujeito a partir da sua vivência social, histórica e também biológica. No entanto, não só a doença e/ou os sintomas são tratados. Nessa forma de cuidado a incerteza e questionamentos são aceitos, e também o trabalho em conjunto com outros profissionais. O olhar é para pessoa em toda sua completude e existência. Trabalha-se pela busca da autonomia e reformulação de suas vivências (CAMPOS, 2013).

Assim, para a construção de uma Clínica Ampliada nos serviços substitutivos ainda precisamos avançar e mudar o modo linear em que os profissionais compreendem o sofrimento psíquico. A qualificação dos serviços substitutivos pode evitar as internações e reinternações, e assim o entra e sai de hospitais, ou porta giratória (CAMPOS, 2001)

O radical *Klin* traz a ideia de inclinação, não para baixo, mas para os lados, no sentido de bifurcação, divergir, de buscar novos sentidos. E é a partir deste significado que a Clínica Ampliada vai tomando forma. Teríamos assim uma das acepções fundamentais, alcançando uma dimensão criativa, oportunidades de transformação de estados e situações insustentáveis (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003).

Aqui também não se trata mais de uma clínica do olhar, mas da escuta, ou do 'olhar' que vai além do sintoma. A clínica como encontro, capaz de produzir senso, sentidos; produção de sentidos no lugar de reprodução; como lugar onde as identidades dos participantes já não estão predefinidas (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003)

Segundo esta discussão, Campos (2013) evidencia as ideias de Basaglia ao discutir o que é a Clínica e qual o papel que esta tem no processo terapêutico do sujeito que apresenta sofrimento psíquico. Segundo o autor, Basaglia fundamenta sua teoria, prática e discussões nas ideias de Antônio Gramsci e de Sartre.

Basaglia procurou em Gramsci suporte para repensar as instituições e as práticas sanitárias. Antônio Gramsci acreditava no potencial criativo das massas, dos agrupamentos e dos indivíduos. Ressaltava a importância em pensar nas diversas possibilidades em fazer história incluindo os espaços da sociedade como lugares onde se dá a criação de novas ou o enrijecimento das velhas formas de dominação (CAMPOS, 2013).

Porém, a leitura de Gramsci dá conta da complexidade das relações sociais e não aprofunda-se sobre como se dá a produção dos sujeitos. Desta forma, Basaglia ampara-se na teoria de Sartre para discutir o papel do sujeito quanto à construção de Sentido ou de Significado para as coisas ou para os fenômenos. O sujeito, então, seria responsável por tudo àquilo que acontecera com ele (CAMPOS, 2013).

Partindo destas ideias, Basaglia repensa políticas e práticas em saúde. A partir destas reflexões, o autor, segundo Campos (2013), considera a doença como fazendo parte de um contexto maior, o Sujeito e seu mundo. A clínica aqui se dá através da reprodução social do paciente, trabalhando junto ao paciente seu protagonismo e considerando este sujeito com direitos, cidadão.

Nessa perspectiva, trabalha-se pela busca da autonomia e reformulação de suas vivências. Logo, para a prática da Clínica Ampliada ou clínica psicossocial, é

preciso partir da compreensão da Psicopatologia Crítica que entende o sofrimento da pessoa por meio da sua existência e de suas relações com o mundo. Passa-se a compreender a integração da dimensão social nas enfermidades (COSTA-ROSA, LUZIO e YASUI, 2003).

5 OS CAMINHOS TRILHADOS

Os caminhos trilhados para o desenvolvimento do cuidado em Saúde Mental começam muito antes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. O Sistema Único de Saúde, conforme Lei nº 8080 (Brasil, 1990), prioriza a saúde como direito civil de todos - dever do Estado – e norteia todas as ações da Saúde Mental nos dispositivos de saúde; sejam eles na atenção básica ou na alta complexidade (PAIM, 2009).

Os princípios norteadores do SUS, que promovem o cuidado, são: universalidade, integralidade e equidade. Estes princípios garantem aos cidadãos o acesso livre aos serviços, com um olhar para o ser humano como ser total e conforme suas necessidades e realidades. O SUS também estabelece diretrizes a fim de fundamentar o processo de cuidado: regionalização, hierarquização, descentralização, racionalização e resolução, complementaridade do setor privado e a participação da comunidade na construção e fiscalização do SUS (PAIM, 2009).

O trabalho em saúde se difere do trabalho das ciências exatas. Para Merhy (2014), o processo de cuidado em saúde acontece por meio do encontro do profissional e sujeito que busca os serviços de saúde. Assim, os atos de cuidar¹ se dão a partir do manejo do profissional no desenho deste encontro.

Campos (2013) deixa claro que a Clínica Ampliada não se dá através do esquecimento dos saberes médicos, das generalidades diagnósticas, mas sim pela escuta qualificada dos sintomas e do contexto do usuário que está no encontro com o profissional. Para além da categorização, indo ao encontro da construção coletiva da compreensão dos casos na equipe de saúde, diluindo as responsabilidades nos dispositivos, com coparticipação das diversas áreas da saúde que permeiam o cuidado em saúde.

A Política Nacional de Saúde Mental tem conquistado espaço no campo das Políticas Públicas voltadas às pessoas em sofrimento psíquico a partir da Luta

¹ Expressão utilizada pelo autor (MERHY, 2014) para designar os atos dos profissionais que visam cuidar do usuário.

Antimanicomial e com a Reforma Psiquiátrica. Desde a Lei 10.216 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas em sofrimento psíquico e redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, a atenção psicossocial vem sofrendo mudanças significativas. A construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) inicia com o intuito de prestar cuidado às pessoas em sofrimento psíquico.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conforme a Portaria N 3.088, de dezembro de 2011, surge com o objetivo de descentralizar o cuidado em Saúde Mental e o direciona para o território. Atualmente a RAPS é constituída pela atenção básica em saúde, atenção psicossocial estratégica, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitutionalização, estratégia de reabilitação psicossocial.

Com a constituição da RAPS outros serviços passam a fazer parte da atenção psicossocial, buscando atender a pessoa em seu território. Dessa forma, além do CAPS, é possível acessar outros serviços de cuidado em atenção psicossocial em seu território.

“(...) o território é o chão e mais a população, isto é, uma identidade, o fato e o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é a base do trabalho, da residência, das trocas materiais e espirituais e da vida, sobre as quais ele influi. Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que está falando em território usado, utilizado por uma população” (SANTOS, 2003, p. 97).

Com o cuidado sendo ampliado e percorrendo o território, lugar onde a pessoa vive e circula, começa um movimento de cuidado na própria comunidade, no lugar que se faz parte. Ao fazer parte de um território, a pessoa em sofrimento psíquico não só recebe o cuidado da equipe de saúde, mas também da comunidade. A partir de ong's, centro comunitários e mesmo dos vizinhos, que muitas vezes sinalizam à equipe de saúde algum sinal de vulnerabilidade. Assim, o cuidado torna-se possível no território como substituição dos hospitais psiquiátricos, como afirma Lancetti (2001):

“(...) a substituição dos cuidados nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais é meta fundamental da organização de serviços de saúde. E a estratégia para atingir essa meta é a intervenção conjunta da equipe especializada em Saúde Mental e a equipe do ESF” (LANCETTI, 2001, p. 166).

Desta forma, os dispositivos da rede, assim como os profissionais de saúde, são direcionados a um movimento de tessitura de suas práticas, intervenções e compreensão do sofrimento psíquico a partir da lógica de cuidado ampliado.

6 OS CAMINHOS POSSÍVEIS

Muitos desenhos do cuidado já foram pensados e planejados. Todavia, os diversos olhares transbordam na prática e iluminam os desencontros epistemológicos. Os caminhos possíveis neste cenário onde tantas perspectivas se entrelaçam e se chocam são, em alguns momentos, invisíveis, mas estão lá, à espreita de uma oportunidade para tomar conta do espaço.

Neste sentido, faz-se necessário pensarmos em premissas para que os conflitos epistemológicos e práticos não absorvam o cuidado em Saúde Mental à um lugar ineficaz e perigoso. Começaremos pelo território, onde “é o lugar psicossocial do sujeito; é onde a vida acontece” (BRASIL, 2005, p. 13). Trazer o território como balizador do cuidado em Saúde Mental nos proporciona pensar o sujeito em uma totalidade. Um território, uma comunidade, um bairro, uma rua, uma vizinhança, um número da casa. Instiga, desta forma, o olhar singular, cuidadoso para a história do sujeito que experiência o sofrimento psíquico.

Pensar sobre o território nos obriga a questionar o cuidado através do diagnóstico e da normatização de sintomas. Uma vez que eu olho o sujeito singular e único, eu incluo no meu diagnóstico e na minha prática as minúcias desta construção social do sofrimento psíquico e introduzo na minha prática as perguntas para além dos sintomas, por exemplo, como acontece **esse** sofrimento? Para que **este** sofrimento neste lugar? De que forma **este** sofrimento atinge **este** lugar, esta família? De que forma **isto** foi construído? Será que existem outras pessoas que apresentam sofrimentos semelhantes a **estes**? Como a família vê e lida com **este** sofrimento? São questionamentos que vão tecendo uma nova perspectiva epistemológica do cuidado.

Como você pôde observar, destacamos os “**estes**” e “**istos**” das perguntas instigadoras. Por quê? Para quê? Bom, discutiremos, então, sobre outra premissa importante para guiar a prática do cuidado em Saúde Mental com cuidado. Pensamos que o diagnóstico faz parte do cuidado. Negar o diagnóstico e os sintomas é o descuido. Aproximarmo-nos de Amarante (1995) para refletir sobre

este tema. O autor contribui no que diz respeito ao cuidado para além da administração de fármacos e sintomas/diagnósticos:

“Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade” (Amarante, 1995, p. 494).

O que quer dizer tudo isto? O novo caminho do cuidado em Saúde Mental busca agregar novas práticas, sem deixar de lado o já conhecido pelas Ciências da Saúde. Não nega o conhecimento construído do cuidado biologicista, onde o foco do cuidado é eliminação de sintomas. Mas promove uma reflexão sobre a construção social e histórica do sujeito, construindo possibilidades diferentes de se colocar no mundo.

A próxima premissa seria a participação e autonomia do sujeito para construir possibilidades, estratégias, planos terapêuticos. Ou seja, estar presente e se fazer presente nas escolhas do seu cuidado. Neste sentido, se apoiando no seu conhecimento adquirido durante a formação profissional e prática, a equipe torna-se facilitadora e mediadora do cuidado. O profissional não é o processo, mas sim faz parte do processo de cuidado.

Vasconcelos (2003) busca através do empoderamento o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social” (p. 20). Pensar o empoderamento da pessoa em sofrimento psíquico, no cuidado em Saúde Mental, possibilita a ela fazer parte do seu processo de cuidado, refletindo, pensando, criando, visualizando novos olhares sobre o seu território, suas escolhas, sua família e sobre si mesmo. Assim, o empoderamento promove a mudança do sujeito.

Outro caminho importante para o cuidado em Saúde Mental é o trabalho em equipe. Trabalhar em equipe no cuidado em saúde, e não somente em Saúde Mental, é muito mais do que o envolvimento de conjunto de profissionais de áreas diferentes que atuam num espaço em comum com uma população específica. O cuidado em equipe requer um afinamento respeitoso. Não significa que o profissional A precisa pensar igual ao profissional B, muito pelo contrário.

No entanto, existem parâmetros e normas reguladoras do cuidado inerentes a cada classe profissional. Desta forma, o cuidado, primeiramente, deve ser pautado

conforme a ética dos conselhos regionais e federais das respectivas áreas de conhecimento. À exemplo, partindo da experiência das autoras deste artigo, trazemos a Psicologia enquanto ciência e profissão que, apesar da multiplicidade de olhares à respeito do cuidado em Saúde Mental, traz diversas normas reguladoras das práticas em saúde do profissional psicólogo. Segundo o material construído pelo CREPOP (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, 2013), a atuação nos espaços de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e de rompimentos paradigmáticos do dito louco e da saúde/doença, tem de visar suas estratégias de reinserção psicossocial para a cidade e não institucionalizar novamente o cuidado e o tratamento no CAPS.

A interdisciplinaridade deve entrar como viabilizador da própria desinstitucionalização. De acordo com o material do CREPOP (2013), a atuação do profissional no serviço deve ser guiada não por teorias ou áreas do conhecimento, mas sim pela desconstrução social da loucura e do dito louco. Não obstante, as práticas devem ser pensadas para além do espaço físico do CAPS, porém com uma equipe que secretaria este sujeito viabilizando o empoderamento e o protagonismo social.

Desta forma, Bachelar (1996) discute que é impossível invalidar os conhecimentos e as ciências habituais. Quando surgem novas tendências epistemológicas, torna-se difícil abrir mão das compreensões e práticas ensinadas e vivenciadas, uma vez que é irresistível presumir o jeito aprendido como o jeito mais correto. Para tanto, o cuidado em saúde, aqui mental, é esse conjunto de saberes e práticas, onde existe o biológico, o emocional, o ocupacional, o físico, a arte. É um híbrido de saberes que juntos proporcionam o cuidado.

7 UM NOVO OLHAR PARA O SUJEITO

A visão da Clínica Ampliada se apoia na Lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que garante a proteção das pessoas com transtorno mental e compreende o tratamento das pessoas em sofrimento psíquico num contexto humanizado e ampliado, abrangendo as várias facetas do ser humano. Compreende o sujeito na sua diversidade social e histórica, sem excluir os aspectos biológicos.

A compreensão da História da Loucura e seu lugar na sociedade, permite-nos desconstruir um lugar de louco como infantil, anormal e incapaz. A loucura é

construída na família e na comunidade. Somos sujeitos e sujeitados. Ao mesmo tempo que construímos, também somos construídos.

A busca por um novo fazer na clínica, possibilita uma compreensão mais ampliada da vivência de quem sofre. Neste sentido, refletir sobre o que baliza este novo cuidado e esta nova clínica nos coloca em um lugar de constante busca e compreensão. Apresentamos neste artigo as premissas para o caminho do cuidado em Saúde Mental como partindo do território, do cuidado para além da administração dos fármacos (desinstitucionalização), do empoderamento do sujeito em sofrimento psíquico e do trabalho em equipe com uma postura respeitosa e agregadora.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. *Novos Sujeitos, Novos Direitos: o debate em torno da Reforma Psiquiátrica*. Cad. Saúde Pública, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

_____. *O Movimento pela reforma psiquiátrica no Brasil: a desinstitucionalização como desospitalização, como desassistência, como desconstrução*. In: _____. *O Homem e a Serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

_____. *Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial*. In: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho. (Orgs.). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; TORRE, Eduardo Henrique Guimarães. *Avaliação em saúde mental: da mensuração diagnóstica e psicopatológica em direção a complexidade no campo da saúde e das políticas públicas*. In: PINHEIRO, Roseni (et al.). *Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos*. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, 2007.

BACHELARD, Gaston. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996.

BRASIL. *Presidência da República*. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm
Acesso em: 31 de março de 2017.

_____. *Ministério da Saúde*. 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm Acesso em: 26 de março 2017.

_____. *Ministério da Saúde*. RAPS – Rede de Atenção Psicossocial. 2014. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/803-sas-raiz/daet-raiz/saude-mental/l2-saude-mental/12588-raps-rede-de-atencao-psicossocial>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

CAMPOS, Rosana Onocko. *Clínica a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental*. Saúde em Debate, v. 25, n. 58, 2001.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada*. São Paulo: Hucitec, 2013.

CHAVES, Brunna Lisita; PEGORARO, Renata. *Contribuições do arranjo "equipe de referência" a um CAPS*. Estudos e Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 939-956, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(as) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília: CFP, 2013.

COSTA-ROSA, Abílio. *Modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modelo asilar*. In: AMARANTE, Paulo Duarte Carvalho (Org.). *Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA-ROSA, Abílio. LUZIO, Amélia Cristina., YASUI, Silvio. *Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva*. In: Amarante Paulo Duarte Carvalho (org.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003.

DIMENSTEIN, Magda; AMORIN, Ana Karenina Arraes; LEITE, Jader; SIQUEIRA, Kamila; GRUSKA, Viktor; VIEIRA, Clarisse; BRITO, Cecília; MEDEIROS, Ianny; BEZERRIL, Maria Clara. *O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN*. Rev. Polis e Psique. vol. 2, número temático, 2012.

ELY, Gabriela Zenatti; TERRA, Marlene Gomes; SILVA, Adão Ademir da; FREITAS, Fernanda Franceschi de; PADOIN, Stela Maris de Mello; LARA, Michele Piveta. *Internação psiquiátrica: significados para usuário de um centro de atenção psicossocial*. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v. 10, n.1, p. 23-28, 2014.

LIMA, Ana Izabel Oliveira; SEVERO, Ana Kalliny; ANDRADE, Nathaly da Luz; SOARES, Gabriela Pinheiro; SILVA, Larissa Melo da. *O desafio da construção do cuidado integral em saúde mental no âmbito da atenção primária*. Temas em Psicologia. vol. 21, n. 1, p. 71 -82, 2013.

MERHY, Emerson Elias. *A cartografia do trabalho vivo*. Hucitec: São Paulo, 2014.

MOREIRA, Virginia. *Fundamentos para uma psicopatologia crítica*. In: MOREIRA, Virginia; SLOAN, Tod. *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*. São Paulo: Escuta, 2002.

PAIM, Jairnilson Silva. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PEREIRA, Thaís Thomé Seni Oliveira; SANTOS, Manoel Antônio. *Grupo de cuidado com a equipe de saúde mental: uma estratégia de desenvolvimento profissional*. Journal of Human Growth and Development. v. 22, n.1, p. 1 - 8, 2012.

PEIXOTO, Mônica Monteiro; MOURÃO, Anna Carolina das Neves; JUNIOR, Octavio. *O encontro com a perspectiva do outro: empatia na relação entre psiquiatras e pessoas com diagnóstico de esquizofrenia*. Ciência e Saúde Coletiva. v. 21, n. 3, p. 881 - 890, 2016.

RÉZIO, Larissa de Almeida; MORO, Thais Nagano; MARCONI, Samira Reschetti; FORTUNA, Cinira Magali. *Contribuições do PET-Saúde/Redes de Atenção Psicossocial*. Interface: comunicação, saúde e educação. v. 19, s. 1, p. 793 - 803, 2015.

VASCONCELLOS, Maria José Esteves de. *Pensamento sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 9. ed. Campinas: Papirus, 2010.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. *O poder que brota da dor e da opressão: empowerment, sua história , teorias e estratégias*. São Paulo: Paulus, 2003.

VASCONCELOS, Mardência Gomes Ferreira; JORGE, Maria Salete Bessa; CATRIB, Ana Maria Fontenelle; BEZERRA, Indara Cavalcante; FRANCO, Tulio Batista. *Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial*. Interface: comunicação, saúde e educação. v. 20, n. 57, p. 313 - 323, 2016.