

SERVIÇOS SUBSTITUTIVOS DE SAÚDE MENTAL E INCLUSÃO NO TERRITÓRIO: CONTRADIÇÕES E POTENCIALIDADES*

Leandro Barbosa de Pinho¹
Antonio Miguel Bañón Hernández²
Luciane Prado Kantorski³

RESUMO

Este estudo pretende analisar o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a implantação dos serviços substitutivos no território. Objetiva-se apontar, no discurso, contradições e potencialidades da proposta, de modo a poder-se avançar nas discussões sobre o processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira. O *corpus* deste trabalho constitui-se de entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil. O dispositivo metodológico que subsidiou a sistematização dos dados foi o “diagrama axiológico-discursivo”, construído a partir dos pressupostos teóricos da Análise Crítica do Discurso. Os resultados mostram que os trabalhadores parecem tentar evitar o fechamento do serviço sobre si mesmo, apesar dos movimentos contrários que reforçam a tendência ao isolamento, ao encolhimento e ao esvaziamento do território. Esperamos que este estudo possa ajudar na problematização do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Estudos de Linguagem. Saúde Mental. Serviços Comunitários de Saúde Mental. Reforma dos Serviços de Saúde. Política de Saúde.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 anos observaram-se importantes mudanças no contexto da assistência psiquiátrica, com o deslocamento da atenção centrada nos hospitais psiquiátricos para a comunidade. Com isso, nascem diferentes propostas de constituição de serviços que, articulados com outros serviços, orientem e regulem a atenção no território, para promover a integralidade do atendimento. Procura-se ter um novo olhar para a loucura, com a construção de novas redes, instrumentos e possibilidades concretas para redimensionar conhecimentos, práticas e condutas cristalizados sobre o sujeito, seu problema e suas relações⁽¹⁾.

No contexto dos cuidados em saúde mental, os serviços substitutivos se desvelam como propostas inovadoras, transformadas, como alternativas viáveis para redefinir a atenção psiquiátrica hospitalocêntrica. No Brasil, os serviços substitutivos são chamados de Centros

de Atenção Psicossocial (CAPS), os quais revelam a materialização dos ideais sanitários como garantia de acesso, acolhimento e tratamento dignos ao indivíduo com sofrimento mental, na comunidade onde está inserido.

A denominação “Centro de Atenção Psicossocial” é originada dos serviços existentes desde 1986 na Nicarágua, onde, apesar dos recursos materiais limitados e de um contexto social marcado por guerras, cuidava-se de pessoas com problemas psiquiátricos. Esses serviços baseavam-se na utilização de líderes comunitários, materiais improvisados e sucatas para promover a reabilitação, pautada no compromisso ético da dignidade da vida, independentemente das limitações econômicas, sociais ou, mesmo orgânicas⁽²⁾.

Os CAPSs despontam, nesse sentido, como instrumentos que possibilitam reorganizar a rede de saúde mental brasileira, pois acreditamos que não basta tratar as pessoas como indivíduos em sofrimento, elas precisam ser tratadas como cidadãos, que, como tal, têm direito de acesso e

*Recorte de tese de doutorado “Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica”, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), em 2009.

¹Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor Adjunto da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas – UFPel. E-mail: lbpinho@uol.com.br

²Linguista. Doutor em Filologia. Professor Titular do Departamento de Filologia da Universidade de Almería (Espanha). Líder do Grupo de Pesquisa ECCO (Estudios Críticos sobre la Comunicación). E-mail: amhernan@ual.es

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPel. Pesquisadora do CNPq. E-mail: kantorski@uol.com.br

aos serviços, assim como de atendimento nos diferentes níveis de atenção/complexidade. Constituem uma proposta que, além de inovadora, repolitiza o sujeito e a saúde, de modo a produzir movimentos contraideológicos e contra-hegemônicos no macroespaço – o contexto das políticas públicas – e no microespaço – quando alcança os processos de trabalho das equipes, a organização dos serviços, a redefinição das práticas dos trabalhadores e as relações que estabelecem com os sujeitos que os procuram.

Apesar das transformações, que ressignificam o fenômeno da loucura e a própria concepção de saúde no território, os serviços substitutivos ainda enfrentam dificuldades para avançar quanto à inserção no espaço do território. Em alguns estudos⁽³⁻⁴⁾ já é possível problematizar que alguns desses serviços, que nasceram pela inovação, ainda estão concentrados numa lógica em que o modelo biomédico é hegemônico, submetendo a própria equipe a um regime de cuidado que enfraquece a dimensão complexa do fenômeno da loucura. Ao contrário de “incluir” para “libertar”, os serviços costumam “incluir” para “tratar”, como se fosse no interior do serviço que o cuidado devesse ser prestado, e não o contrário.

Neste sentido, pretendemos analisar o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre a implantação dos serviços substitutivos no território. Objetivamos apontar, no discurso, contradições e potencialidades da proposta, de modo a poder-se avançar nas discussões sobre o processo de consolidação da reforma psiquiátrica brasileira.

O PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de um recorte de tese de doutorado⁽⁵⁾, que utilizou a abordagem qualitativa de pesquisa. O *corpus* deste trabalho é composto por entrevistas aplicadas a 17 dos 25 profissionais de saúde mental que trabalham em um serviço substitutivo de uma cidade da Região Sul do Brasil e que se dispuseram a participar da pesquisa. Foram aplicadas duas perguntas-chave, a saber: 1) “Fale-me sobre o atendimento do serviço”; e 2) “Fale-me sobre os fatores que possam contribuir para um melhor funcionamento do serviço”. As entrevistas foram

gravadas em fitas cassete e, depois de concluídas, encaminhadas a dois digitadores diferentes, responsáveis pela transliteração das gravações.

Nos estudos do discurso, a transcrição concentra-se na descrição detalhada de todos os fenômenos semióticos envolvidos nas conversações, como pausas, entonações, corte de sílabas ou sinais verbais ou não verbais. No caso da transliteração compreende-se a transcrição dos signos linguísticos, mas utilizou-se a ortografia convencional para descrever apenas os enunciados produzidos pelos falantes, que constituem o nível mais comum de representação de todos os *corpus* orais⁽⁶⁾.

Os dados foram organizados conforme o dispositivo chamado de “Diagrama Axiológico-Discursivo”⁽⁵⁾, construído a partir do referencial teórico da Análise Crítica de Discurso⁽⁷⁾. Essa metodologia foi desenvolvida no intuito de encontrar certo padrão discursivo nos informantes, ou seja, um “discurso prototípico”, que, por ser naturalmente valorativo (já que agrega juízos de valor sobre comportamentos ou ações humanas), está inserido no âmbito da axiologia. Para a identificação do discurso prototípico foram eleitas as representações discursivas dos trabalhadores sobre os quatro eixos fundamentais que sustentam a prática no interior do CAPS: representações sobre os usuários, sobre as famílias, sobre a própria prática e sobre o serviço. Por meio de uma série de estratégias que compõem o dispositivo utilizado, chegou-se ao padrão ideológico do trabalhador sobre a dimensão analisada. Neste estudo, a representação dos trabalhadores sobre o serviço ficou pautada na “inovação”, como forma de demonstrar a importância e a potencialidade do CAPS, mesmo que permeado de contradições.

Como o objetivo era discorrer sobre o padrão da “inovação”, o qual é comum ao discurso de todos os trabalhadores, não é necessário reproduzir fragmentos discursivos de todos eles, daí optarmos por apresentar apenas o discurso mais representativo da dimensão axiológica analisada. Mesmo assim, porém, em vista da limitação do espaço para este recorte, não foi possível analisá-lo em sua totalidade, por isso recorreremos ao uso de fragmentos que descrevessem os aspectos mais importantes

dessa dimensão (a inovação).

O projeto foi submetido previamente à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal e Pelotas (UFPel), e obteve parecer favorável ao seu desenvolvimento (Ofício 074/2005). Foi, também, garantido o anonimato dos sujeitos do estudo e respeitados todos os preceitos ético-legais que regem a pesquisa com seres humanos estabelecidos pelo Ministério da Saúde (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O território é, sim, um espaço geográfico, porém um espaço de trocas e singularizado por natureza. Possui limites temporais, políticos, administrativos e culturais muitas vezes imprecisos, mas relativamente homogêneos, com certa identidade social, construída pela história. Um território contempla uma característica espacial ou demográfica específica, mas, mais do que isso, é um espaço portador de poder, pois nele se exercita e se constrói toda a rede de atuação do Estado, dos serviços e dos cidadãos que pertencem a ele. Reconhecer que é no território que ocorrem as disputas hegemônicas é um passo importante para avaliar a inserção dos serviços, das ações e das pessoas⁽⁸⁻⁹⁾.

Em saúde mental, quando falamos em território, estamos falando em articular serviços com diferentes finalidades para ajudar na construção de territórios existenciais que possibilitem reinventar a vida em todos os aspectos do seu cotidiano, um cotidiano no qual a loucura foi privada de conviver. É desejável que as atividades funcionem como catalisadoras de novos territórios existenciais, nos quais os usuários possam reconquistar espaços perdidos e conquistar novos espaços no decorrer de sua vida⁽¹⁰⁾.

A questão do território em saúde mental aparece como uma das grandes dificuldades manifestadas pelos trabalhadores do CAPS. Para eles, o serviço inova no sentido de “estar aberto” à comunidade, mas tem dificuldades de “ir ao encontro” dela. O fragmento abaixo nos permite discutir essas dificuldades e algumas justificativas levantadas pelo trabalhador:

O atendimento, acho que é bem livre, assim, pra algumas coisas, não tem uma coisa rígida assim, aquela questão da medicina de como vamos... apesar de algumas situações terem certo controle sim, se tá tomando medicação ou não, se tá tomando injetável ou não, que dia que é. As mulheres, a questão da ginecologia. Então algumas coisas a gente tenta ter um olhar pra tudo (). Ele é um atendimento abrangente, que tenta fazer uma inclusão social, que essa é uma parte bem complicada que o CAPS tem, né? Não é só atender a questão da doença. Como é que a gente trabalha com a saúde, com o saudável deles, com as coisas boas que têm, e buscando inserir na sua comunidade, acho que essa é a parte mais complicada do trabalho do CAPS (Trabalhador).

Existe no interior do discurso uma relação intrínseca entre a questão do “atendimento abrangente” como filosofia do discurso, o atendimento atento ao controle e à vigilância dos passos dos usuários mais intensivos e atrapalhados e o apagamento do serviço no território com a deficiência de propostas inclusivas.

Quando se fala de atendimento abrangente, o trabalhador deixa a impressão de que o serviço está atento às demandas mais urgentes das pessoas, respondendo a elas com certa flexibilidade (liberdade de escolha). Essa flexibilidade, no entanto, parece ser mais restrita quando se fala de atendimento intensivo e que exija controle direto da equipe sobre o usuário, como acontece com a medicação e com o atendimento da crise, em que o trabalhador se preocupa com a limitação apresentada pelo indivíduo e com a resposta clínica do serviço diante dela, embora esteja atento também às outras dimensões responsáveis pela inclusão e pela reinserção desse indivíduo na comunidade.

Neste sentido, é importante considerar que o discurso permeia uma discussão mais ampla e complexa, que se situa na questão do que seria normal e patológico em saúde mental. Por exemplo, parece óbvio que o controle também liberta - pois nem sempre o usuário ou a família conseguem aderir fielmente às orientações do tratamento, por causa do estado alterado ou dos prejuízos cognitivos gerados pelo transtorno -, e que está contemplado no rol de rotinas institucionais de um serviço com características comunitárias.

Compreendemos que, nessa situação, surge

uma contradição importante, que favorece o encolhimento do serviço sobre si mesmo e a dificuldade de sua expansão para o território. Essa contradição inicia nas próprias concepções de saúde como ausência de doença e de normalidade como ausência da patologia que têm os trabalhadores, as quais atravessam a prática com o “lado saudável” do louco e encerram na institucionalização do louco, da loucura e do próprio trabalhador. Em outras palavras, a “inclusão na comunidade” – defendida como premissa ideológica de reabilitação psicossocial – parece se transformar em “inclusão no serviço”, desenvolvendo um circuito alimentado por um esvaziamento progressivo da comunidade, bem como a cronificação do louco e da loucura.

No modelo psicossocial não se dá ênfase à função do espaço relacional, que caracterizou e ainda caracteriza algumas vertentes de atendimento psiquiátrico. Na teoria e na práxis da desinstitucionalização, há que se estabelecer uma subversão da norma, na qual o negócio precede o ócio, sendo o sujeito posicionado na condição de exercitar o direito à relação. Nesse sentido, exercer a cidadania é ter em mente a construção de uma rede de negociações que possa incorporar os distintos recursos da comunidade para aumentar o poder de contratualidade dos mais fracos⁽¹¹⁾.

Quando se trabalha em rede, amplia-se a concepção do trabalho com a autonomia do indivíduo para trabalhar com a participação dele. No processo de negociação, não é suficiente fazer com que os fracos deixem de ser fracos para entrar no jogo com os fortes, mas é preciso verificar como é possível estabelecer um equilíbrio entre fracos e fortes no jogo da interação, jogo que é mediado por trocas permanentes de interesses, habilidades e competências⁽¹¹⁾.

Do ponto de vista discursivo, os elementos que possibilitam realizar essas inferências são alguns intensificadores, que fazem parte dos processos de modalização da linguagem. O fato de afirmar que a inclusão no território é “bem complicada” para os trabalhadores reporta a dimensão do problema; no entanto, a “parte mais complicada” a que se refere posteriormente o trabalhador e à qual dá mais ênfase em termos de graduação de intensidades ao enunciado - não

parece estar diretamente relacionada à questão da inclusão na comunidade, e sim, à superficialidade com que o assunto é tratado, já que há poucas propostas ou estratégias de resolução do conflito. É como se o serviço fizesse parte da comunidade, sendo “acessível” a ela, mas indo pouco “até ela” ao mesmo tempo, prerrogativa esta que deve ser repensada em se tratando de ampliação de saberes e práticas no campo da saúde mental.

Há o incentivo e a preocupação do trabalhador em demonstrar que o CAPS vai até a comunidade, como é o caso das visitas domiciliares. Nelas, o CAPS consegue captar as necessidades mais imediatas da família ou do sujeito em sofrimento mental, entendendo melhor a dinâmica do funcionamento familiar para mediar os conflitos entre eles e a comunidade onde estão inseridos:

É isso? Mais alguma coisa? (Investigador)

Eu acho que o nosso CAPS aqui também tem a preocupação de atender aqueles que não conseguem vir aqui, então a gente faz os atendimentos domiciliares e tem época que tem vinte, vinte cinco. E a gente também conhece a história de vida a cada quinze dias, ou uma vez por mês, também prestar aquele atendimento, né? É uma maneira de tá acompanhando a família, ver... () sofrimento, quer dizer, não consegue vir, né aí tem várias situações. Tem outras situações, nós vamos buscá-los pra vir ao CAD porque a gente também consegue dispor do carro, que é sempre uma ladainha, o nosso carro é sempre um ponto de confusão e de briga na equipe. Porque a gente não dispõe de um carro sempre a nosso dispor, né? A Secretaria sempre tá (...) então o carro vem, outras semanas, teve coisas horríveis. Então essa coisa desgasta muito. Você ter que fazer uma visita domiciliar, prestar um atendimento domiciliar, apoiar um posto de saúde, ou uma outra equipe e você não dispõe do carro. Então nosso atendimento fica... defasado, e... com várias falhas nesse momento. Acho que no geral é isso, do atendimento em si. Não sei se é isso, tá? Que eu tô falando, se é por aí, é o que eu pensei (Trabalhador).

A proposta de territorialização, que descentralizou o conhecimento médico hegemônico e os serviços, busca, na aproximação com as famílias ou com a comunidade em geral, um novo mecanismo de enfrentamento aos problemas regionais. A visita domiciliar constitui-se, então, num instrumento

facilitador dentro de uma abordagem descentralizada de atendimento a usuários e famílias, a qual possibilita dar continuidade às ações em saúde proporcionadas pelo serviço no domicílio das pessoas⁽¹²⁾.

Diante da mudança do modelo de assistência psiquiátrica, o retorno do usuário para sua comunidade deixa de ser um empecilho para se transformar numa necessidade. O trabalho com a visita domiciliar, então, parece totalmente compatível com a proposta de desconstruir saberes cristalizados sobre a loucura enquanto doença, já que a visita acompanha o usuário e presta suporte à sua família, na tentativa de reaproximar sujeitos e construir novos espaços de inclusão e relação dentro do sistema familiar⁽¹³⁻¹⁴⁾. Neste sentido, entendemos que a visita domiciliar desponta como uma modalidade instrumental dentro das ações em saúde mental que busca fortalecer vínculos e construir identidades e “pontes” entre sujeitos, serviços e sociedade.

A estratégia da visita domiciliar parece ser importante dentro do contexto da prática do trabalhador e como procedimento materializado na organização metodológica do serviço, porém parece ter, no discurso, um duplo sentido. Em primeiro lugar, o trabalhador se preocupa com a busca ativa de indivíduos que, inicialmente, “não conseguem vir aqui”, isto é, aqueles usuários que estão temporariamente impossibilitados de comparecer ao serviço. Posteriormente, o próprio mecanismo que revela um comprometimento do trabalhador com o outro também revela certa atitude moral de responsabilização, quando passa a ser necessário “buscá-lo para vir”. Nesse momento, o trabalhador não se reporta mais ao indivíduo impossibilitado, mas ao “faltoso” que se afasta.

Esses dois perfis distintos de um mesmo usuário foram gerados por uma metodologia única (a visita domiciliar), interpretada e praticada de maneira ambígua no contexto assistencial. Neste sentido, a visita domiciliar surge como um instrumento que gera vínculos (valorização positiva), pelo comprometimento demonstrado pelo trabalhador com a impossibilidade de comparecimento do usuário, mas que também estimula a dependência (valorização negativa) desse usuário para com o serviço. Como uma “ponte” flexível entre o

CAPS e a comunidade, ela também se transforma num mecanismo de poder que controla a adesão da comunidade no CAPS: de um lado reside a complacência pela ausência justificada; de outro, a responsabilização pela ausência provavelmente intencional.

Nessa situação, vale lembrar aquilo que se convencionou chamar de “concepção crítica” da ideologia. A ideologia chama nossa atenção para uma gama de fenômenos sociais que podem ser objeto de críticas e estar inseridos em zonas de conflito/tensionamento. A ideologia não só pode ser usada para sustentar ou manter relações de dominação, mas também pode dissimular o sentido das formas simbólicas a serviço de grupos dominantes. Isso quer dizer que a ideologia mantém relações assimétricas de poder, pelo fato de preservar o que outros querem contestar, de beneficiar uns e não a todos e de reduzir eventos de magnitude a situações particulares, que muitas vezes passam despercebidas⁽¹⁵⁾. No evento em discussão, isso equivale a dizer que a ideologia do atendimento comunitário, que utiliza a visita domiciliar como possibilidade concreta de territorialização das ações e de desconstrução de conhecimentos, transforma-se na ideologia do trabalhador, baseada na retórica da organização do serviço e numa relação por vezes unilateral com a loucura.

Com relação às visitas, a questão do transporte aparece como uma justificativa para a ineficácia das visitas domiciliares e a pouca inserção do serviço no território. Para dimensionar o problema, o trabalhador faz uso de verbos infinitivos, os quais procuram enfatizar uma sequência lógica de fatos sem vinculá-los a um contexto especial de realização. Isso quer dizer que os verbos “fazer”, “prestar” e “apoiar” sustentam as ações subsequentes - “uma visita”, “um atendimento” e “um posto de saúde” - como parte de um conjunto de atividades permanentes para consolidar o serviço no território.

Cumprido, porém, observar que a própria ação de ir à comunidade cai na inércia pela falta de veículo. Isso parece trazer duas consequências para o cotidiano do serviço. A primeira seria transferir a responsabilidade pelo problema para a gestão municipal, numa tentativa de encobrir a própria falha na mobilização coletiva da equipe. A segunda seria que as rupturas e os conflitos,

que desgastam a equipe não parecem representar a luta hegemônica pela manutenção do veículo com o serviço, mas a diluição do equilíbrio entre o pensamento e ação dos trabalhadores. Essa mesma realidade, que evidencia a inércia, manifesta a resignação, que pouco contribui para a construção de novos caminhos/meios de aproximação da comunidade ao serviço e vice-versa.

Apesar das dificuldades relacionadas à falta de recursos materiais em saúde mental, apontou-se que os trabalhadores geralmente não percebem o investimento numa estratégia que possa ampliar o cuidado ao usuário e às famílias para fora do CAPS. Os atendimentos no serviço continuam sendo priorizados pelos trabalhadores, o que deixa a equipe mais presa a ele e pouco envolvida com as questões externas ao CAPS, que englobam o restante do território. Assim, a equipe vai identificando que os limites do serviço são aqueles que determinam sua responsabilidade, o que, na prática, mostra que apenas os problemas visíveis e solucionáveis por ela são vistos como sendo de sua competência⁽³⁾.

Essa realidade sinaliza quanto, no modo psicossocial, o resgate da identidade e o cuidado personalizado ainda são contraditórios, pois precisam envolver, na dimensão prática, um olhar ampliado que não fique centralizado na supressão do sintoma ou restrito aos espaços de atuação do CAPS. Para “desencapsular” o sujeito, é preciso estabelecer um movimento de crítica e uma preocupação em mudar. Exige-se que os trabalhadores atuem, principalmente, “fora do serviço”. O argumento da falta de recursos pode até ser relevante no contexto da saúde mental, mas também pode estar encobrindo uma dificuldade lógica de rompimento com certas estruturas cristalizadas de saber que foram incorporadas historicamente por eles⁽³⁾.

Nesse sentido, construir novos projetos de inclusão na comunidade é tratar a loucura como uma possibilidade concreta de coexistir, fazer parte do mundo e das experiências singulares dos indivíduos. No campo da saúde mental, o projeto que busca a reintegração social deve ser aquele que não cai na utopia asséptica da loucura limitante, a qual naturaliza o sofrimento e pouco contribui para redimensionar materialidades históricas que confinam e segregam. Trata-se de

um desafio ético-estético que visa a desconstruir todo um conjunto de saberes, práticas, articulações, serviços e pessoas, num permanente confronto com o desconhecido – tanto o louco como a nossa própria maneira de enxergar-nos e enxergá-lo⁽¹⁶⁾.

O CAPS precisa ser problematizado diariamente. Se, num primeiro momento, ele surge como modelo de substituição ao paradigma asilar, que sustenta o hospital psiquiátrico, atualmente, espera-se mais dele. Não deve ser visto apenas como um lugar que trata, que se localiza na comunidade, que hospeda ou que deve prover os cuidados básicos ao indivíduo, como alimentação, medicação ou lazer. O CAPS deve constituir-se como um espaço indutor de novas práticas e posturas, assim como um articulador entre uma série de dispositivos responsáveis pelo tratamento da loucura. O CAPS é um laboratório vivo de ações e papéis que devem ser pensados coletivamente para sustentar os preceitos de autonomia, inclusão, cidadania e liberdade do indivíduo⁽¹⁷⁾.

O contexto em que o serviço está imerso representa um misto de contradições, potencialidades e limitações. Os trabalhadores parecem tentar evitar o fechamento do serviço sobre si mesmo, apesar dos movimentos contrários que reforçam a tendência ao isolamento, ao encolhimento e ao esvaziamento do território. No serviço, trabalhadores, usuários e famílias provocam diferentes embates ideológicos, que aproximam e afastam ao mesmo tempo. Esse é o impulso do qual precisa a reforma psiquiátrica para continuar repensando as relações, os saberes, as práticas, os sujeitos e os discursos, num esforço mediado pela superação dialética e permeado de enfrentamentos, estranhamentos, recuos e transformações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo analisou o discurso de trabalhadores de saúde mental sobre os serviços substitutivos, concentrando-se na análise das contradições e potencialidades dessa proposta, que é inovadora, mas é também permeada de contradições, de dificuldades e de desafios.

Os trabalhadores parecem lamentar que um serviço tão complexo como o CAPS, que nasceu

na comunidade, aproxime-se pouco dela, restringindo suas atividades ao contexto interno da instituição. Entre as justificativas levantadas encontra-se, principalmente, a falta de recursos para “sair do serviço”, como a falta de carro. Essa justificativa, apesar de pertinente para repensar a estrutura da equipe em relação aos atendimentos ou às atividades externas, reitera quanto as responsabilidades assumidas pelos trabalhadores ficam restritas ao espaço interno do serviço, excluindo-se de sua competência aquelas externas ao CAPS. Desse modo, o movimento de “inclusão na comunidade” se reverte para a “inclusão no serviço”, mais

compatível com modelos tradicionais que cronificam e institucionalizam a loucura, como o manicomial.

Esperamos que este estudo possa ajudar na problematização do movimento de reforma psiquiátrica no contexto brasileiro. Sabemos que qualquer proposta inovadora está carregada de contradições, no entanto é com o exercício da superação que é possível promover novos caminhos/meios de ressignificar e libertar o louco e a loucura, condenados, em modelos mais tradicionais, à exclusão e à segregação da comunidade.

MENTAL HEALTH SUBSTITUTIVE SERVICES AND INCLUSION IN THE TERRITORY: CONTRADICTIONS AND POTENTIALITIES

ABSTRACT

This study aims to analyze the discourse of mental health workers on the deployment of substitutive services in the territory. The aim is to point out, in discourse, contradictions and potentialities of the proposal, in order to advance the discussions on the consolidation process of the Brazilian psychiatric reform. The *corpus* of this work consists in interviews applied to 17 of 25 mental health workers in a substitutive service of a city in southern Brazil. The methodological device which subsidized the systematization of the data was the "axiological-discursive diagram", constructed from the Critical Discourse Analysis theoretical framework. The results show that workers seem to try to prevent the end of the service by itself, despite the contrary movements that reinforce the tendency to isolation, the reduction and a loss of territory. We hope this study can help in questioning the movement of psychiatric reform in the Brazilian context.

Key words: Language Arts. Mental Health. Community Mental Health Services. Health Care Reform. Health Politics.

SERVICIOS SUSTITUTIVOS DE SALUD MENTAL E INCLUSIÓN EN EL TERRITORIO: CONTRADICCIONES Y POTENCIALIDADES

RESUMEN

Este estudio pretende analizar el discurso de los trabajadores de salud mental sobre la implantación de los servicios sustitutivos en el territorio. Se busca apuntar, en el discurso, contradicciones y potencialidades de la propuesta, para poder avanzar en las discusiones sobre el proceso de consolidación de la reforma psiquiátrica brasileña. El *corpus* es compuesto por entrevistas aplicadas a 17 de los 25 profesionales de salud mental que trabajan en un servicio sustitutivo de una ciudad de la Región Sur de Brasil. El dispositivo metodológico que subsidió la sistematización de los datos fue el “diagrama axiológico-discursivo”, construido a partir de los presupuestos teóricos del Análisis Crítico de Discurso. Los resultados muestran que los trabajadores parecen intentar evitar el cierre del servicio sobre sí mismo, aunque haya movimientos contrarios que refuerzan la tendencia al aislamiento, al encogimiento y al vaciamiento del territorio. Esperamos que este estudio pueda ayudar en la problematización del movimiento de reforma psiquiátrica en el contexto brasileño.

Palabras clave: Estudios Del Lenguaje. Salud Mental. Servicios Comunitarios de Salud Mental. Reforma de La Atención de Salud. Política de Salud.

REFERÊNCIAS

1. Brasil EGM, Jorge MSB, Costa EC. Concepções de usuários e trabalhadores de um CAPS da SER-IV, de Fortaleza-CE, acerca do cuidado em saúde mental. *Cienc Cuid Saude*. 2008 jul-set;7(3):333-8.
2. Pitta AMF. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *J Bras Psiquiatr*. 1994 dez;43(12):647-54.
3. Wetzel C. Avaliação de serviços de saúde mental: a construção de um processo participativo [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2005.

4. Antunes SMMO, Queiroz MS. A configuração da reforma psiquiátrica em contexto local no Brasil: uma análise qualitativa. *Cad Saude Publica*. 2007 jan;23(1):207-15.
5. Pinho LB. Análise crítico-discursiva da prática de trabalhadores de saúde mental no contexto social da reforma psiquiátrica [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2009.
6. Llisteri J. La representación ortográfica de corpus orales. 2008 [Internet];1(1):[1 p.]. [acesso 2009 mar 13]. Disponível em:

http://liceu.uab.cat/~joaquim/language_resources/spoken_re/s/Repres_ortog_corp_oral.html.

7. Fairclough N. Discourse and social change. Cambridge: Polity Press; 2006.
8. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cad Saude Publica. 2005 maio;(21)3:898-906.
9. Gondim G, Monken M, Rojas LI, Barcellos C, Peiter PC, Navarro MBMA, et al. O território da saúde: a organização dos sistema de saúde e a territorialização. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M. Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 237-55.
10. Rauter C. Oficinas para quê? Uma proposta ético-estético-política para oficinas terapêuticas. In: Amarante P. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 267-77.
11. Torre EHG, Amarante P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. Cienc Saúde Colet. 2001 jan;6(1):73-85.
12. Reinaldo MAS, Rocha RM. Visita domiciliar de enfermagem em saúde mental: idéias para hoje e amanhã. Rev Eletr Enf. [Internet] 2002 jun;[citado 2008 jun 20];4(2):36-41. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista4_2/pdf/visita.pdf.
13. França SP, Pessoto UC, Gomes JO. Capacitação no programa de saúde da família: divergências sobre o conceito de visita domiciliar nas equipes de Presidente Epitácio, São Paulo. Trab Educ Saúde. 2006 jan;4(1):93-108.
14. Pietroluongo APC, Resende TIM. Visita domiciliar em saúde mental: o papel do psicólogo em questão. Psicol Ciênc Prof. 2007 jan;27(1):22-31.
15. Thompson JB. Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
16. Lancetti A. A loucura metódica. In: Lancetti A. Saúde loucura. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 139-47.
17. Belmonte P. O campo da atenção psicossocial: formar e cuidar no curso de qualificação na atenção diária em saúde mental (CBAD). Trab Educ Saude. 2006 jan;4(1):187-98.

Endereço para correspondência: Leandro Barbosa de Pinho. Rua General Osório, 631, apto 703, CEP: 96020-000, Pelotas, Rio Grande do Sul. E-mail: lbpinho@uol.com.br

Data de recebimento: 07/04/2009

Data da aprovação: 23/11/2009