Mesa redonda

Ações dos serviços territoriais para inclusão social

Benedetto Saraceno
Giovanna del Giudice
Sônia Barros

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SARACENO, B., GIUDICE, G., and BARROS, S. Ações dos serviços territoriais para inclusão social. In: BARROS, S., BATISTA, L.E., and SANTOS, J.C., comps. *Saúde mental e reabilitação psicossocial: avanços e desafios nos 15 anos da Lei 10.216* [online]. Uberlândia: Navegando Publicações, 2019, pp. 125-141. ISBN: 978-65-81417-07-9. <https://doi.org/10.7476/9786581417079.0008>. Transcrição dos Anais do II Encontro de Saúde Mental - Reabilitação Psicossocial: avanços e desafios 15 anos após a Lei 10.216, Uberlândia, MG, 2016.

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Mesa redonda — Ações dos serviços territoriais para inclusão social

Coordenação: Prof.^a Dr.^a Maria do Perpétuo S. S. Nóbrega - Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

Prof. Dr. Benedetto Saraceno

Médico, Psiquiatra, Ex-diretor do Departamento de Saúde Mental da Organização Mundial da Saúde, Docente da Universidade de Genebra, Suíça e Coordenador do Curso de Mestrado Internacional de Políticas e Serviços em Saúde Mental da Universidade Nova de Lisboa.

Obrigado.

Falar das coisas, dos serviços territoriais para inclusão social, eu acho que não é, não consiste, acho que a missão que nos dá, não é tanto de apresentar uma lista, como dizem os ingleses um *cheque list*, a lista de ações, que eu acho que são óbvias e são muito bem conhecida para todos, para os que trabalham já, no CAPS,.....tem que ter inclusão social, são óbvias, são ações óbvias, podemos apresentar uma lista eu estou seguro que 80% do que colocarmos na lista tem 100% do consenso, provavelmente há 20 % com alguma discrepância; eu acho que a maneira que eu vou falar, do SUS, dos serviços territoriais para inclusão social, é diferente, e mais do que tudo, de falar de qual tem que ser a visão estratégica do serviço territorial, qual tem que ser o princípio (...), com tantas tecnologias, que o serviço tem que oferecer ao usuário, porque afinal as tecnologias são muito parecidas, o que não é parecido entre um CAPS e outro, ou entre o CAPS e um serviço mais tradicional da psiquiatria tradicional, mas não falando da má psiquiatria, e sim falando da boa psiquiatria tradicional, também há uma boa psiquiatria, médica tradicional, para o CAPS; não existe o CAPS sem referência cultural, estratégica, é mais o que se ouve, que não é simplesmente oferecer uma boa psiquiatria biomédica de boa qualidade, tem que oferecer uma boa psiquiatria, tem, e as vezes não tem essa capacidade porque eu tenho minhas dúvidas, pela capacidade da prescrição farmacológica de boa

qualidade, o uso racional dos medicamentos, eu acho que muito dos CAPS não tem essa capacidade, então os que têm, tem o dobro de trabalho, saber oferecer boa psiquiatria tradicional, de saber e ter uma estratégia com a boa psiquiatria de boa qualidade, que tem a ver com a saúde mental, tem a ver com a intervenção social, tem que ser com a promoção de direitos do usuário, tem que ser um local de defesa e promoção de direito e de inclusão social.

Vamos ver quais são, podiam ser os grandes princípios que tem que estar no estatuto ideal de um CAPS de boa qualidade, primeiro de todos: importante, temos hoje, uma situação que não é a mesma de somente internos, a situação em que o tratamento de enfermidades crônicas, câncer, cardiovascular, diabetes, hipertensão, aids, se diz assim aids? sim aids, tuberculose, enfermidades crônicas efetivas ou não transmissível como câncer ou diabetes, há 20 ou 30 anos para pessoas que tem câncer ou diabetes, hipertensão, cardiovascular, tuberculose, teria como referência o tratamento de enfermidades crônicas, muitos anos, com largo tempo de sobrevivência com 20, 30, 40 anos com hipertensão, com diabetes, a referência há 30 anos era hospital, o tratamento estava em hospital, em hoje 90% dos dias de vida de pessoas que já tenham uma grave enfermidade crônica, cardiovascular, diabetes, câncer, aids, tuberculose, 90% dos dias vividos, por essas pessoas enfermas se passa fora do hospital, se passa dentro um tratamento que não é hospitalar, é dentro de ambulatórios da comunidade. É muito importante, por que muito importante? Porque estamos há quase 30, 40 anos a falar de psiquiatria territorial, de sair do hospital, a psiquiatria era a vanguarda da medicina.

Hoje há uma medicina social, das enfermidades crônicas que tem uma visão totalmente comunitária e nós estamos correndo o risco de retroceder das conquistas e das lutas antimanicomiais, mas a vanguarda está um pouco dentro do campo da medicina, e dentro do campo da medicina há outros que serão a vanguarda, isso é importante, é importante porque é um lado que temos que defender a conquista e de outro temos um ângulo que não se ajuda e, nesse momento, a medicina inteira está se movendo desde o hospital à intervenção mais comunitária, e não estamos mais sós, não estamos mais sozinhos, essa é uma premissa.

Quais são os principais vetores de um serviço comunitário territorial?

Número um, outro dia estávamos num teatro aqui em São Paulo, para disseminar a defesa do programa braços abertos, braços abertos é um programa inspirado no modelo de *“housing first”*, ou seja, a moradia vem primeiro no tratamento, a moradia, intervenção social, alimentação, cidadania, é a intervenção principal que vem *“housing first”* primeiro casa, depois tratamento, se iniciaram estudos clínicos de todos os lados, para mostrar

que todos os pacientes que estavam no braço do estudo, no tratamento “*first*” depois casa, foi um fracasso, e todos os pacientes que estavam no braço moradia *first* e depois tratamento, foram bem, então o modelo “*housing first*” está muito difundido. E no caso de braços abertos, *first* é casa, moradia, mas em geral, a mudança do paradigma, o primeiro princípio de um serviço territorial, é cidadania *first*. Porque eu disse outro dia, há muitas diferenças em dizer temos psicóticos brasileiros, ou dizer teremos brasileiros psicóticos, então a diferença é grande, não é julgar com palavras, primeiro sempre é que eu sou brasileiro, sou brasileiro com psicose, sou brasileiro pobre, sou brasileiro negro, sou brasileiro rico, eu sou brasileiro, depois cidadão, cidadão brasileiro.

A psiquiatria clínica biomédica pensa que seus pacientes são psicóticos como brasileiros, nós outros pensamos que nossos usuários são brasileiros psicóticos, é um princípio fundamental, o serviço como elemento constitutivo, fundamental, prevalente, a busca da cidadania, a defesa da cidadania, a promoção da cidadania.

Segundo princípio do território: A defesa do direito formal do usuário, o que são direitos formais? Os direitos formais são direitos substanciados, direitos formais são: direito a votar, direito a ter documentos, direitos constitucionais, e a cultura da psiquiatria progressista norte americana, ou anglo saxônicas, dá muita ênfase aos direitos formais, da defesa dos direitos formais, menor ênfases nos direitos substantivos, o que quer dizer direitos substantivos? É fundamentalmente, direitos formais, são direitos negativos, não ser maltratado, não ser, não sei, não receber tratamento adequado, direito a não ser exposto a uma violação, e tem os direitos substantivos que são direitos positivos, o cidadão não somente tem direito a não ser maltratado, tem também direito a ser bem tratados, a gente tem direitos negativos e tem direitos positivos, muitas vezes o CAPS poderiam ter a tendência a defender somente os direitos negativos, ou seja, evitar violação grave dos direitos dos pacientes mas não tem a capacidade de promover direitos positivos, que é promover cidadania, que é promover direitos ativos, esse é o segundo princípio de todos, defesa e promoção de direitos negativos e positivos, formais e substantivos.

Princípio número três: Eu não estou mencionando, todavia, a qualidade da intervenção clínica, não está no primeiro princípio, o primeiro princípio é cidadania *first*, segundo princípio é defesa do direito positivo e negativo. Terceiro princípio de todos: *empowerment*, como se diz *empowerment* em português? (público responde: empoderamento) empoderamento, processo de empoderamento da família, do usuário, que não é óbvio, não é um blábláblá, que todo o sistema está em favor do *empowerment*; nós sempre estamos, demasiadas vezes, seguindo membros com a representação dos usuários

que são uma minoria, e as vezes uma minoria folclórica, desculpa a franqueza; eu venho da tradição de 1968 europeia, estudante de medicina, na rua, revolucionário, eu venho de uma família da alta burguesia da Itália, família rica, de direita. Eu sou estudante de esquerda, na rua, na revolução, e a burguesia furiosa, a burguesia, furioso pelo burguês, protegido socialmente. Seu pai é uma pessoa importante.

Uma coisa, estava dizendo, éramos uma grande parte de 1968 na Europa composta por burguesia, e filhos da burguesia, e nessa universidade sempre estavam os obreiros, místicos, tinha um obreiro, em uma mesa com 50 estudantes, um obreiro, porque éramos revolucionários, com um obreiro, um único. Os psiquiatras progressistas tem as mesmas características, um paciente, um usuário, dois usuários, fala e todos aplaudem, HUU.; mas o problema é outro né, é o *empowerment*, quando a presença dos usuários tem o poder de modificar a estratégia de funcionamento do CAPS, isso é um poder, não é somente um usuário que fala e todos são entusiastas, o problema é a capacidade do usuário de ter um papel na qualificação, no horário de funcionamento, a que horas estão os médicos, quando vem a gente, quando será essa visita domiciliar, ou queremos mais visitas domiciliar, ou seja, a contribuição do familiar e do usuário na planificação e gestão, isso é *empowerment*, não somente a presença, é poder, poder como diz até no conselho da administração, no conselho da administração tem um voto, dos votos que estão representando o usuário. Terceiro princípio, empoderamento.

Quarto princípio: A busca de recursos e alianças, se queremos ser mais que um bom centro de psiquiatria, necessitamos alianças intersetoriais, no setor médico, fora do setor da saúde com outro setor, médicos com organizações sociais, termos alianças, a busca de recursos.(meu livro que não se encontra mais nesse país, porque se acabou, “Libertando Identidade” um livro complicado,). E um exemplo, vocês todos devem ter lido o livro Robinson Crusoe, apesar de ser um livro para adultos, todos as crianças pudemos ler, sábio Robinson Crusoe, e Robinson, o que disse Robinson? Robinson disse: Eu estou na Ilha, e não há nada, segundo dia um passeio circular na Ilha e maravilha, há água, e no terceiro dia há frutas, e depois há pássaros para caçar, e depois em um dia, sexta-feira, encontra um homem, há um homem, não que tenha vindo caminhando durante a semana não, é uma ilha, é a realidade, é a mirada de Robinson, que em princípio tem uma mirada seca que a ilha está vazia, não há nada; mas para os psiquiatras que estão encerrados, vendo o CAPS, são como o Robinson, dizem: aqui não há nada, não há nada, não há recursos, e Robinson tem que marchar, atravessar a ilha e descobrir que há água, que há frutas, que há pássaros que há homens e mulheres. E finalmente, o CAPS que está fechado, não vê, tem uma mirada seca, e o CAPS

que está aberto é um CAPS que descobre recursos, descobre alianças. O CAPS tem o paradigma de reabilitação psicossocial, como o paradigma de referência; a demais a reabilitação em si é uma visão, a reabilitação não é entretenimento de pacientes que pintam, bailam, cantam, fazem esculturas (aplausos do público), é pode ser, pode ser, todos queremos cantar, bailar, mas a reabilitação é a reconstrução da contratualidade social do cidadão, então um programa de reabilitação tem um eixo, que é, casa habitação, vivenda, habitat, um eixo que é vida social, intercambio, aprendizado, e um eixo que é profissional, ocupacional, laboral.

Um programa de reabilitação tem que estar construído sobre esses 3 eixos, claro que se o paciente tem 80 anos, o problema não será o profissional, mas será social de intercâmbio, mas se o paciente tem 18 anos, sim claro, o lazer, mas ocupacional. Claro, se adaptará com cada paciente, esses são os 3 eixos, não é somente um problema de entretenimento artístico, é um problema de contratualidade social, por último, o último princípio de todos é da construção das identidades, da identidade de psicótico, da identidade de médico, da identidade de profissional, identidade familiar, identidades matam, e por identidades se mata, “los servos matam os croatas, los turcos matam lo tutsi”; porque nós outros não nos matamos, não necessitamos de reabilitação psicossocial, porque, porque teremos muitas identidades, eu sou homem, marido, pai, avô, psiquiatra, profissional, pintor porque gosto de pintar, sou muitas coisas, e tantas coisas sou, tanto menos sou constrangido numa única identidade, louco, psicótico, mas faz muitos anos que o homem é rico de identidade, a cidadania tem aumentado as identidades, a uma identidade que garantisse a riqueza das identidades, ela é identidade dos cidadãos, brasileiros firsts. Conclusão, tenho um minuto (risadas da plateia). A conclusão, eu digo como uma citação de um grande amigo, Franco Rotelli, o melhor CAPS é o CAPS vazio, entras nesse CAPS e não há nada, porque estás dentro da comunidade, agora é uma provocação, eu não gosto de dizer qual é o melhor, é o CAPS que vai visitando, que está todo disperso na comunidade, esses são os principais vetores, depois vem a lista, bem conhecida das tecnologias que vamos aplicar para cada um de nossos pacientes.

Obrigado!

Dr^a Giovanna del Giudice

Médica, Psiquiatra, Presidente da Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel mondo Franco Basaglia, Trieste - Itália.

Bom dia a todos!

Então vamos retomar a continuidade dos trabalhos. Eu sinto muito que o Saraceno tenha ido embora, porque eu vou retomar diversas questões ditas por ele e creio que eu vou fazer exatamente aquilo que ele não queria fazer, porque eu vou falar de dispositivo organizativo institucional e que pode colocar em discussão, a partir da concretude desse dispositivo e dessa organização de práticas, que pode colocar em discussão o paradigma médico, biológico e hospitalar.

Eu vou falar então, mas sem nenhuma arrogância, sobre um serviço territorial 24 horas, que são aqui os casos de vocês. Eu vou falar porque na minha experiência italiana, mas, sobretudo triestina, nós consideramos que esse dispositivo produz, isto é, pode produzir inclusão e também consideramos que é a única alternativa que nós encontramos no nosso país que permite viver sem manicômios. Trieste vive sem manicômios há 36 anos. O CAPS 24 horas é um lugar de responsabilidade terapêutica em relação a uma demanda territorial determinada e definida. Nesse sentido, não é apenas responsável pela saúde dos pacientes que vivem naquele território, mas também pelos seus familiares e pelos micro contextos nos quais eles estão vivendo. E se fazer responsável pela saúde dessas pessoas e de seus familiares, do seu contexto social, significa colocar em movimento estratégias compondo um percurso em relação a direitos e necessidades, que muitas vezes se apresentam como antagonistas, que se coloca então como desafio das práticas. Mas esse serviço é responsável, isto é, deve se sentir responsável, no sentido de responsabilidade terapêutica, pela comunidade no seu sentido geral e assim deve promover ações de saúde mental a essa comunidade. Mas também deve ser responsável, deve se sentir responsável em relação aos problemas complexos que muitas vezes existem no território dado, problemas que influenciam a vida das pessoas e, portanto, os processos de saúde e doença.

Porque nós sabemos a partir das nossas práticas que a única possibilidade para percursos de saúde e de alguma forma, como também disse Saraceno, é trabalhar contemporaneamente com os indivíduos e as coletividades. A segunda questão é que o CAPS é um lugar de responsabilidade e de acolhimento e responsabilidade em relação a toda demanda daquele território, sem seleção, mesmo em relação à determinadas demandas, vai ser importante depois que nós possamos acompanhá-la também a serviços mais específicos frente as suas necessidades. Portanto, CAPS deve ser um lugar de acolhimento e de “presa in carico”... Me desculpem, que eu tinha esquecido no parágrafo anterior, “presa in carico” como colocamos ontem, é um termo de difícil tradução literal e tem

sido traduzido por assumir a responsabilidade da saúde mental de todo esse território, sem seleção para o diagnóstico ou gravidade. Isso quer dizer, que o CAPS é responsável, é o lugar para pessoas em crise, para aquelas pessoas que são ditas estabilizadas, para pessoas que talvez necessitem de programas de “presa in carico” momentâneo, ou seja, o CAPS, como lugar de “presa in carico” que eu vou traduzir assim, que eu acho que fica mais fácil, não precisa repetir sempre. Vou manter o italiano, “presa in carico” como toda demanda de saúde mental de um território. Nesse sentido o CAPS deve ser o lugar, inclusive “presa in carico” ser traduzido por assumir a questão do cuidado, mas retomando, enfatizando, aqui “presa in carico” traduzido como assumir a responsabilidade, eu acho que é uma coisa bastante conhecida de diversas pessoas, se não for, depois nós podemos retomar.

Não podemos, também, fazer essa tradução em termos do cuidado porque quero falar da tomada de responsabilidade global em relação à pessoa, não apenas naquilo que se refere ao que poderia ser pensado com a sua doença, mas as suas necessidades complexas também compõem o seu sofrimento. “Presa in carico” global, construindo projetos individuais que partam da unicidade daquela geografia, daquela trajetória de vida, naquele contexto e das modalidades de como se expressam o sofrimento daquela pessoa. “Presa in carico” que coloca em campo recursos distintos, complexos, que dizem respeito, sim, às respostas médicas, psicológicas...Mas, sobretudo, aquelas relativas à vida global daquela pessoa.

Respostas para poder responder aqueles princípios aos quais o Saraceno fez referência e isso implica também a qualidade dessas respostas do ponto de vista técnico, mas evidentemente as repostas ao que se referem ao acesso à cidadania. Nos projetos individuais de “presa in carico”, nos projetos individuais de cuidado, nós ativamos recursos e quais são os recursos que nós podemos ativar. Eu partirei de recursos, em primeiro lugar, daqueles que geralmente são poucos valorizados, que são exatamente os recursos daquela pessoa que nós estamos assumindo ao “presa in carico” daquela pessoa que veio em busca de alguma forma de ajuda, mesmo que sejam recursos residuais, mas o fundamental é de que são recursos a serem valorizados daquela pessoa, de onde se pode partir o seu processo de retomada. E também os recursos da família e do contexto daquela pessoa. Saindo pelo menos, buscando sair das respostas assistenciais e favorecendo o protagonismo das pessoas, inclusive das pessoas quando elas estão em crise.

Em seguida, ativar recursos de cada serviço, de cada CAPS. E também ativar os recursos do próprio CAPS, estou falando aqui das coisas mais cotidianas, das possibilidades do dia a dia no CAPS, da refeição, das atividades culturais que o CAPS promove

e, sobretudo da relação com os trabalhadores e da relação em que os trabalhadores vão construindo nesse processo.

Evidentemente que os recursos de cada CAPS dependem dos contextos socioeconômicos dos quais os serviços estão inseridos, mas na nossa história de serviços de Trieste, que certamente tem recursos diferenciados, mas não são recursos que vieram do alto, foram recursos que foram conquistados no processo de Desinstitucionalização, dessa passagem do hospital, organização dos serviços e, portanto, da reconversão de recursos do hospital aos serviços no território. Eu considero importante enfatizar isso, porque na minha experiência tanto na Itália, como em outros lugares muitas vezes as pessoas dizem, “mas, vocês em Trieste têm recursos”. Sim, mas são recursos que foram recompartidos, dessa reconversão de recursos no processo de Desinstitucionalização e muitas vezes faltam no serviço, ou porque os serviços não ativaram esses processos, não os atravessaram ou os atravessaram de uma forma burocrática. Desculpe, nós temos um problema aqui que estão dizendo do tempo, mas eu gostaria de colocar que o meu tempo está sempre dividido, porque no meu tempo tem a tradução, então eu queria perguntar se eu posso ter mais tempo, claro que eu posso parar a hora que vocês acharem que eu devo parar (aplausos). De qualquer forma eu sinto muito em não falar português, certamente seria muito bom. Bom, mas continuando, nós temos também que ativar recursos de outros serviços na comunidade, desses outros serviços que estão presentes, para compor essa “presa in carico” global da pessoa. O CAPS deve ser também um lugar de contraste de fragmentação de respostas, isto é, para cada pessoa deve ser o lugar que coordena esse percurso de cuidado, que mantém essa referência, podemos dizer assim, sem encaminhar a outros serviços e sem também colocar para a pessoa a responsabilidade de que ela faça esse percurso de cuidado nos outros serviços.

Uma outra questão que eu considero fundamental é que o CAPS seja esse lugar que possa operar a garantia do direito de asilo. Garantia de direito ao asilo, aquela que o manicômio daquela forma oferecia paradoxalmente, mas o Capes deve ser esse lugar de poder garantir direito de asilo, sem evidentemente trocar a proteção, esse momento de cuidado, pela abolição de direitos que é como era feito no manicômio. Nesse sentido, a presença das camas para garantir o direito de asilo e, também, para aquelas situações conflitivas, nas quais as pessoas precisam momentaneamente estar um pouco mais distantes dos seus contextos de vida. Por exemplo, porque não tem momentaneamente na sua vida, naquele seu contexto, por exemplo, uma casa. Mas também aquelas camas para poder ficarem as pessoas quando elas estão em crise, responder a essas situações, mas sem interromper as relações familiares e sociais, sem reproduzir os mecanismos

hospitalares e possibilitando que a pessoa possa viver a crise no interior desse contexto não hospitalar e que possa ser o mais próximo possível de um contexto da vida cotidiana. E também, que eu esqueci no final, no interior de relações múltiplas. Porque o centro de saúde mental, deve ser também um lugar atravessado pela comunidade, não um lugar que tenha somente a presença de profissionais, porque isso permite a crise ser reduzida no tempo, permite que isso possa ter um tempo menor desse processo de crise. Mas o CAPS também deve ser capaz de fornecer apoio a algumas pessoas que necessitam disso em relação aos seus problemas de vida. Por isso a questão das refeições, dos armários, dos momentos de encontro e de sociabilidade que possam também contemplar a dureza da solidão. Mas, também, pode ser um lugar de reaquisição de habilidades da vida cotidiana, mas não evidentemente em atividades de entretenimento como se disse anteriormente, mas na inscrição dessa pessoa na vida cotidiana do serviço, podendo, inclusive, ter responsabilidades pequenas até, mas responsabilidades no sentido que ela se sinta pertencendo a essa vida cotidiana.

O CAPS é um lugar muito importante de interações e trocas...profissionais, humanas e sociais. E é nesse processo de interação, de confronto de trocas, que se pode concretizar a redistribuição do poder e, para nós, isso foi no processo de Desinstitucionalização. Quer dizer, ao contrário, a distribuição do poder se coloca como uma estratégia fundamental na Desinstitucionalização, uma rede de distribuição de poder entre os profissionais, os usuários, os familiares, e os papéis profissionais. Através dessa sintética descrição de um centro de saúde mental e pensando no CAPS, eu poderia trazer aqui em uma imagem, em termos de porque eu falei que o CAPS vem sendo atravessado o tempo inteiro pela comunidade, mas eu gostaria também de representar aqui o centro de saúde mental, uma outra definição de Rotelli, que é a definição do centro de saúde mental com o mercado de Marrakech, o lugar de encontro. O lugar de encontro entre saúde e doença, entre pessoas de diferentes classes sociais, com distintos problemas de saúde e que nesse processo de encontros de trocas e de confusão é que se pode produzir saúde mental. E dessa forma então, mercado de Marrakech é também lugar vazio, mas lugar vazio no sentido de descentramento para a comunidade como bem disse Benedetto. Nesse sentido, portanto, contemporaneamente, nós devemos fazer um exercício de esforço contínuo desse descentramento e de todas as coisas que foram ditas antes, que não é possível em termos de tempo de retomar, em direção à comunidade. Em particular, a “presa in carico” da pessoa que está sofrendo no seu contexto de vida, no local onde ela vive, por exemplo, na sua moradia, nesse contexto, que de alguma forma, é o que determina esse processo. O acompanhamento das pessoas para o acesso aos direitos de cidadania e, sobretudo, ao exercício dos direitos e de cidadania. Isto é, o

apoio às pessoas na concretude a sua vida cotidiana. E com isso concluo que o cuidado de uma pessoa não pode ser se não intervenções, no sentido de transformar as formas, as modalidades que esse sofrimento se expressa e também a sua intensidade desse sofrimento, mas contemporaneamente, mudar as condições concretas de vida.

Obrigada.

Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

Quando houve a formulação e a proposição desse tema na programação deste evento, eu pensei que poderia contribuir por meio da exposição de uma face do nosso trabalho docente, pois nos últimos 30 anos o que eu tenho feito profissionalmente é sempre partindo da condição de professor, assim uma das faces do nosso trabalho que eu vou trazer para apresentar nesta mesa, até como uma forma de coletivizar um tema que muitas vezes é chamado pejorativamente de trabalho acadêmico. “ah esses estudos, trabalho acadêmico”. Quando na verdade, muitos de nós que estamos aqui somos, sempre, os atores principais desses estudos: trabalhadores, usuários, familiares, alunos, professores. Estamos sempre, de alguma forma, sendo os sujeitos ativos de estudos e que, muitas vezes, nunca veem o retorno dessas pesquisas. Então preparei uns slides e vim aqui na maior disposição, só não contava que ia ter que falar depois do Benedetto e da Giovana, isso não é uma tarefa fácil, principalmente ao meio-dia e meia, então vou tentar ser objetiva. Os slides estão com muitas informações, mas a ideia era essa mesma, de passar mais informações objetivamente, considerando o pouco tempo que a gente dispõe.

Eu vou falar sobre uma coletânea de trabalhos realizados pelo grupo de pesquisa Enfermagem e Política e Práticas de Saúde Mental. Esse grupo de pesquisa, que iniciou suas atividades no início dos anos 2000 tem desenvolvido, como o próprio nome diz, estudos sobre as políticas de saúde mental no Brasil e suas implicações nas práticas e no ensino na área de saúde, claro que especialmente na área de enfermagem. Nós trabalhamos com duas linhas de pesquisa, uma que é Políticas e Práticas de Saúde Mental e Enfermagem e Enfermagem enquanto Prática Social. O grupo é interdisciplinar, na sua história de 15 anos, um pouco mais, ele tem sido composto por diversos profissionais da área de saúde e atualmente nós temos 16 membros no grupo, entre eles pós-doc,

doutorandos, profissionais do serviço, profissionais que estão pensando em fazer um programa de pós-graduação.

Qual o interesse que o tema desta Mesa, Inclusão e exclusão, desperta para esse grupo? É quase que uma lógica.... Os diversos documentos e normativas que se referem à política de saúde mental no Brasil todos eles falam sobre o tema de inclusão e exclusão social. Em algum momento ele é finalidade do próprio CAPS, em outros é compreendido como as estratégias de desinstitucionalização que passam por ações de inclusão, os dispositivos existentes para isso, inclusive, como a residência terapêutica, são dispositivos de inclusão social e até mesmo a RAPS, na sua descrição fala que uma de suas finalidades é inclusão social. Então, se o grupo tem estudado, ao longo desses 15, 16 anos, políticas de saúde mental, é quase que consequência natural que dentro desses estudos apareçam as questões de inclusão e exclusão social, ou como objeto de estudo, ou enfim nos seus resultados, nos seus descritores. Então, o grupo tem trabalhado com essa definição de exclusão e inclusão social entendendo que esse é um processo multidimensional, que o termo é frequentemente usado como consequência de privação material e restrição de oportunidades, mas entendemos que o processo de inclusão social também acontece em diferentes esferas da vida, como o trabalho, o lazer, ter amigos, não ter amigos, família, residência etc. Eu estou falando rápido, mas é que a vida é assim, não é gente? Então vamos lá.

Bom, então é isso que eu tinha acabado de falar para vocês, esse interesse enfim que o grupo de pesquisa tem pelo tema, decorrente das suas próprias linhas de pesquisa, dos estudos que vem desenvolvendo, a categoria de inclusão e exclusão social acaba aparecendo como objeto, como categoria de análise e seus resultados. Com essa perspectiva, vendo essa produção dentro do grupo de pesquisa (GP), alguns membros do GP resolveram fazer um levantamento de que estudos são esses. O que estão dizendo esses diversos estudos que o grupo produz e que estão em forma de pesquisa, dissertação, tese, artigos publicados. Resolveu-se então fazer uma revisão integrativa, na perspectiva de que pudesse trazer aqui alguns resultados dessas pesquisas, desses estudos. A revisão integrativa justificou-se porque ao compilar os estudos que são relacionados à temática de inclusão e exclusão social, pode-se gerar um documento que facilite aos acadêmicos, gestores e trabalhadores em saúde e público em geral o entendimento e o acesso a essas produções. Até porque nós vivemos essa história de que as teses, as dissertações são realizadas, depois vão para a biblioteca e ninguém nunca mais vê. Então, com essa revisão é possível responder uma questão central, que é como se compreendem as ações de inclusão nos serviços territoriais no município de São Paulo. Não é a perspectiva, aqui, de

trazer *check list* de ações que devem ser feitas ou podem ser feitas. A ideia é compreender como esse processo tem se dado nos CAPS aqui em São Paulo. E uma outra justificativa é que apresentar estes resultados, mesmo que parciais, pois ainda está em processo de análise, então apresentar este estudo neste evento é uma oportunidade única de poder fazer uma devolutiva aos sujeitos que estão de alguma forma envolvidos nestas questões durante todo esse período.

Então qual foi o objetivo desse grupo ao fazer a revisão integrativa? Era identificar o conceito de inclusão social, que está definido nos estudos selecionados. Geralmente, o pesquisador ao desenvolver um estudo tem uma concepção anterior. Então um dos objetivos era identificar quais são esses conceitos que os pesquisadores têm usado ao fazer pesquisas, estudos ou reflexões sobre esse tema. Outro, foi o de Compreender o processo de inclusão e exclusão social na perspectiva dos usuários de serviço de saúde mental, de seus familiares e dos profissionais desse serviço relatados nos estudos analisados. E ainda desvelar os avanços e desafios para a inclusão social apresentados nos resultados desses estudos. Para atingir esse objetivo foi realizada uma revisão integrativa, como dito anteriormente. Assim, foi feita uma revisão de todos os produtos do grupo de pesquisa que tinham a inclusão e exclusão social como objeto de estudo ou em seus resultados. A revisão de literatura tem uma definição, que é esse processo pelo qual se busca analisar e descrever um corpo de conhecimentos. E a revisão integrativa tem como missão revisar, criticar e sintetizar de modo integrado a literatura representativa de um tema, gerando novas abordagens. Então, a gente espera que ao finalizar este estudo da revisão integrativa possamos gerar novas questões para outros estudos inclusive.

Sobre os procedimentos, foi feito todo um levantamento do que se tem publicado, tudo o que se tinha de dissertação, tese, do coordenador do grupo com os outros membros do grupo nesse período através da revisão do currículo Lattes, foi feita uma leitura de títulos e dos resumos dos estudos que estavam incluídos na plataforma e no caso em que os títulos ou resumos não fossem claros o suficiente, buscou-se a leitura desses trabalhos. Na primeira fase foram selecionados 128 estudos, compreendendo capítulos de livros, teses, dissertações, monografias, artigos científicos, projetos. E o melhor é que tem muitos autores hoje aqui, desses estudos, tem bastante gente aqui que são autores. Da leitura desses 128 artigos, na íntegra, pôde-se buscar o que eles traziam de descritores: inclusão, exclusão, cidadania, estigma, discriminação. Nessa fase, que foi ler e buscar esses descritores, foram retirados os que não tinham os descritores definidos, passando então para 104 textos. Desses textos procurou-se ver o que eram resumos, que foram apresentados em eventos, mas que na verdade já eram um subproduto de outras publicações. Se esses

resultados já apreciavam em alguma outra publicação, foram excluídos então, restando 46 trabalhos. Depois que as alunas a Anaísa, a Jussara, a Lara e a Laís já tinham feito essa computação, foi publicado mais um artigo da Mariana e então esse universo de trabalhos que a gente começou a trabalhar, ainda não finalizou, foram 47. Foi realizado, todo um procedimento de organização desses textos, foi criado um formulário, uma ferramenta do Google, esse instrumento, a partir das questões que são indicadas ele gera produtos, gráficos, tabelas o que facilitam uma certa leitura quantitativa do que foi apresentado. E depois, a partir dos dados gerados, por esse formulário elaborado no Google, foi possível selecionar os resultados que respondem aos objetivos desse estudo. Foi possível, então, identificar em quais cenários esses 47 estudos foram realizados e eles foram realizados em quase todos CAPS do município de São Paulo, CAPS adulto, em quase todos porque, no desenvolvimento da pesquisa, tem sempre um serviço que diz “ah, agora não dá, deixa para amanhã, volta depois”, e “não, a equipe está muito atrapalhada” e raramente a gente consegue completar a totalidade dos CAPS escolhidos. A maioria, mais isso é assim, é um, dois, porque de fato, a maioria dos CAPS adultos foram cenários, um CAPS em Campinas e as unidades básicas de saúde da região oeste do município de São Paulo, portanto os estudos neste caso foram realizados nesses serviços.

Quem são os sujeitos participantes daquelas pesquisas? Nós temos usuários, trabalhadores, usuários e familiares, usuários e trabalhadores. E ainda foi possível fazer uma caracterização do que esses estudos diziam, traziam, que tipo de pesquisa foi feita. Então, dos estudos que o grupo desenvolveu até agora, 67,4% são estudos qualitativos. Então, tem estudos quantitativos, estudos de revisão de literatura, mas massivamente, a maioria dos estudos que temos desenvolvido no grupo de pesquisa são qualitativos. Assim, dos 47, na verdade, o número deve ser 48 com o mais recente publicado, 29 são artigos científicos indexados em base nacional, 3 são artigos científicos indexados em base internacional, 2 em anais de evento nacional, são 8 teses de doutorado e 6 dissertações de mestrado. Então, nós temos artigos, em sua grande maioria, livros, dissertações e teses.

A tendência das dissertações e teses é virar em artigos, agora tem pós-graduando que esquece, desaparece, mas uma grande maioria publica os seus resultados, porque é do interesse de que se conheça o trabalho desenvolvido. Temos também uma caracterização dos estudos que foram incluídos nessa revisão integrativa. São 47, e para ilustrar esta caracterização vamos ver dois artigos: um deles, intitulado Práticas de Inclusão Social, Desafio para o Serviço de Saúde Mental, tinha como objetivo compreender como ocorrem as práticas de inclusão social voltadas para os usuários dos CAPS, no intuito de contribuir para a avaliação do serviço e segue uma descrição breve da metodologia;

um outro, que é sobre as Representações sociais de usuários de um Centro de atenção psicossocial e pessoas de sua rede, sobre a doença mental e inclusão social, também tem o objetivo de verificar e analisar as concepções expressas pelos entrevistados sobre inclusão social e doença mental, também um estudo qualitativo. Desses mesmos artigos podemos ver nos slides, uma síntese dos resultados que esses estudos apresentaram. No artigo de Práticas de Inclusão Social, um dos resultados das entrevistas com os profissionais de serviços aponta: profissionais que compreendem a inclusão social como um processo que abrange desde o direito de cidadania até o fato de ser aceito e participar efetivamente do contexto social, junto com essas várias pessoas. No outro trabalho, que era de representações sobre o conceito de inclusão, a análise dos resultados aponta que para os usuários entrevistados a participação no mercado de trabalho é um dos elementos centrais para a inclusão social; esta compreensão é reproduzida em outros artigos analisados pela revisão integrativa.

Ao fazer a análise de todos os resultados dos 47 estudos e ao submetê-la a uma análise temática, foi possível então ver 4 categorias empíricas emergem: o conceito de inclusão, o processo de inclusão na perspectiva de usuários, de trabalhadores e de familiares, a inclusão e exclusão social como é que se dá nos 3 eixos da reabilitação psicossocial, e por fim potencialidades e desafios da inclusão social. Verificou-se nos estudos analisados, que os conceitos de inclusão social que foram utilizados pelos pesquisadores estavam fundamentados em autores tais como Castel, Basaglia, que sustentavam a discussão da inclusão e exclusão; mas nos resultados foi possível também identificar o que os sujeitos participantes dos estudos compreendiam como inclusão e exclusão social; para usuários e familiares, dos diversos estudos: inclusão social é um processo que abrange o direito de cidadania, ser aceito no contexto social, ser diferenciado e inserção no mercado de trabalho. Dizem ainda que é preciso resgatar habilidades do viver cotidiano, mudando o comportamento rumo à normalidade, a fim de ser incluído socialmente. Esses resultados que estamos apresentando, ainda estão em análise, mas vamos percebendo as contradições que vão surgindo no discurso, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores. Por vezes eles compreendem a inclusão e exclusão como algo muito próximo e que está definido dentro da política, entretanto, e por vezes, trazem a sua compreensão a partir do senso comum, a partir do pensamento hegemônico, por exemplo, tenho que retornar a normalidade.

Em todos os discursos vão aparecendo contradições, conflitos e, também, se aproximam muito dos princípios que o Benedetto falou, e do que a Giovana fala também, da compreensão de um serviço que faça inclusão. Então, a análise será muito interessante,

porque vai emergir essas representações que se aproximam da política prescrita pela Reforma psiquiátrica, mas também as contradições existentes, quando surgem conceitos são baseados no senso comum de conceitos de normalidade, de conceitos de periculosidade... em todos os segmentos, inclusive dos trabalhadores. Para os profissionais também, inclusão significa ser aceito, acolhido, compreendido. Interessante como na fala de diversos usuários, de vários estudos, é possível captar que eles vão dizendo como eles vivem a questão do estigma e como isso é um fator de exclusão; a questão do estigma, do preconceito, como isso é vivido na vida cotidiana, no dia a dia e como isso provoca a exclusão social. E eles relatam que lidam com esses rótulos mantendo segredo sobre sua doença, então escondem que fazem tratamento, acho que vocês sabem disso, mas isso também tem um custo. Ao não revelar, não falar de si, de sua vida ao vizinho ou ao amigo, ele se isola socialmente. Isso é reconhecido pelo próprio usuário, eles falam disso. Eles têm uma expectativa, os usuários, de poder viver melhor, o que inclui constituir família, expandir e intensificar relacionamentos, trabalhar e não necessitar de internações como forma de tratamento. Essas são as expectativas de inclusão que eles têm.

As famílias, os familiares, na síntese das diversas falas dos familiares, as mães principalmente, as mulheres são na maioria as cuidadoras, elas relatam como são excluídas junto com os filhos. É um processo de exclusão que os filhos sofrem, o isolamento social, é levado também para os familiares. Ao mesmo tempo, referem como emprestam o seu poder contratual para o usuário, como vão buscar coisas, como vão negociar na comunidade em função do usuário. E também diz que os usuários têm rede social diminuída, esta é a avaliação dos familiares e deles também, familiares são segregados. Reiteram que cuidar do familiar impede ou dificulta a continuidade do trabalho dessa pessoa e isso, sair do trabalho, ficar sem emprego, ficar em casa é um fator de exclusão social. Mas também reconhecem que existe uma rede de vizinhos que possibilitam, conseguem fazer arranjos de forma a introduzir esse familiar no mercado de trabalho e que contam com a solidariedade dessas pessoas até mesmo para comprar alimentos, quando eles estão desempregados e dar uma base de sustentação para essa família. E por isso eles se sentem incluídos na comunidade quando eles conseguem manter essa rede, esses vizinhos.

Ressaltam a importância da política pública e isso aparece nos discursos do usuário, nos discursos dos familiares e nos discursos dos profissionais. A importância das políticas públicas de saúde para a promoção de inclusão social. Todos consideram a inserção no trabalho e aí assim, tem uma exigência que o melhor é o mercado formal, como um dos indicadores de inclusão social. Este é o indicador: se está trabalhando está incluído, se está fora do mercado está excluído. Concordam que o CAPS, ainda tenha que avançar

em relação a ajudar o usuário a construir sua rede social fora das dependências do CAPS. E aí é aquela história, CAPS bom é CAPS vazio. Não é que não tenha usuário, mas que os usuários estão fora, estão na rede, estão por aí. Então todos reconhecem que existe essa dificuldade e que o usuário fica muito dependente da inclusão social que se dá dentro do serviço, mas evidenciam que o CAPS é um espaço de pertencimento e acolhimento que inegavelmente produz mudanças favoráveis à vida dos usuários. Eu acho bom a gente ouvir essas coisas legais de vez em quando. Ainda identificam ações de inclusão social voltadas ao território e no âmbito do acesso ao transporte, lazer, cultura, trabalho e educação bem como práticas de socialização de espaços.

Citam limite para as práticas de inclusão social, e esse discurso é predominantemente dos trabalhadores, por falta de recursos financeiros, falta de políticas sociais, existência de muita burocracia para receber auxílio financeiro, por desvalorização desses trabalhadores, desmerecimento da pessoa com transtorno mental em relação ao exercício do seu direito político. Dizem, ainda, que a ausência do familiar dificulta a inserção social e produtiva. Reconhecem a necessidade de ampliação e desenvolvimento de ações em torno de atendimentos aos usuários, intervenção com as famílias e das oficinas para a promoção da inclusão. Os profissionais entrevistados, por todos esses estudos, nesse período de tempo, avaliam que: os CAPS têm a função de promover a inclusão social, mas que na verdade o serviço ainda isola as pessoas, porque traz para dentro, então isola do que está fora; Que o CAPS não modifica a posição do excluído, apenas a atenua; Que o serviço é uma estratégia para impulsionar a inclusão, ao enfrentar a cultura estigmatizante, construir uma rede social, estimular a autonomia, evitar internações e possibilitar outras formas de tratamento, mas precisa de investimento.

Ainda, na avaliação dos trabalhadores, a avaliação do CAPS é necessária para que não haja reprodução da lógica manicomial. Esta é a avaliação dos trabalhadores. Tem mais, mas eu vou passar. A família tem quase que as mesmas concepções, falam da dificuldade, falam da questão da rede social como um fator de inclusão e exclusão e tem outras categorias, aquelas que eu falei para vocês. Então tem uma outra categoria que é como se dá o processo de inclusão do ponto de vista dos trabalhadores, dos usuários e dos familiares, mas como temos pouco tempo e já estamos com menos da metade de público, vamos chegar às conclusões. Então são conclusões dos estudos, não é conclusão dos autores dessa revisão, porque isso ainda está em elaboração. Uma súmula das conclusões que esses trabalhos apresentam indicam que a inclusão social das pessoas com transtornos mentais implica no exercício de sua cidadania e de sua inserção no mercado de trabalho. Apesar do trabalho ter importância como uma ferramenta para a

inclusão, não é vislumbrado como uma meta próxima, ou que esteja ao alcance das ações dos profissionais de saúde. Então tem um número relevante de trabalhadores que dizem assim, “o que eu posso fazer com isso?” Ou ainda alguns que dizem que “isso não é minha função”. E ainda muitos consideram-se impotentes em promover ações nesse sentido, impotentes é dizer, “mas não temos recursos, não temos isso, não temos aquilo”, ainda que digam que essa dificuldade se torna maior porque as ações de inclusão terminam sendo limitadas ao meio institucional. Enfim, dizem que nesse contexto, o projeto institucional que sustenta as ações do CAPS deve apresentar clareza em suas diretrizes e que na maioria das vezes o projeto institucional não define, não é claro como fazer isso. Apesar de estar no discurso, se a gente buscar as informações institucionais, a primeira coisa que os gerentes dizem é que de acordo com a política a missão do CAPS é fazer a inclusão social, mas se, se olha o projeto, não está dito quais são as estratégias, como fazer e o que fazer. Bom, gente, obrigada. De outra vez a gente conversa mais, vamos tentar desmistificar essa coisa de que a pesquisa não nos serve. Acho que pode dar bons indicativos, bons caminhos.