



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NO TERRITÓRIO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA NUM CAPS-1**

CACHOEIRA-BAHIA

2016

JONNEY SOUZA DE ALMEIDA

**A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS PRATICAS DE CUIDADO EM SAUDE
MENTAL NO TERRITORIO A PARTIR DA EXPERIENCIA NUM CAPS-1**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito para obtenção do diploma, para o grau de Bacharel em Serviço Social. Orientada por Prof^a. Dr^a. Heleni Duarte Dantas de Ávila.

CACHOEIRA-BAHIA

2016

JONNEY SOUZA DE ALMEIDA

A REFORMA PSIQUIÁTRICA E AS NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO EM SAÚDE
MENTAL NO TERRITÓRIO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE UM CAPS-1.

Cachoeira – BA, aprovado em 12/08/2016.

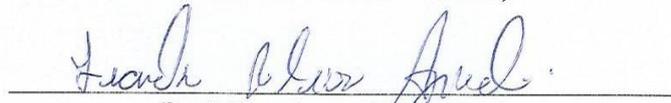
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Heleni Duarte Dantas de Ávila
(Orientadora – UFRB)



Prof.^a Dr.^a Silvia de Oliveira Pereira
(Membro Interno – UFRB)



Prof. Esp. Leandro Azevedo
(Membro Interno – UFRB)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo sopro de vida e vontade, e aos donos do meu *orí* que sinalizaram e me cuidaram nos caminhos que tive que trilhar pra chegar até este momento.

Agradeço a João Martinho Gomes de Almeida, a Sonia Souza de Almeida e meus irmãos e irmãs pelos ensinamentos e valores que ajudaram a forjar a sensibilidade e compor um homem que venho me tornando;

Agradeço à “Dinha”, Paulo, Solange, Monique, Gabriel, por ter me alimentado de experiências diversas e de outros mundos possíveis;

Agradeço à *Ya Dionisia*, a mãe e amiga que a vida vivida me deu, rica de ensinamentos e capacidade de cuidar; à minha madrinha Leninha e todos os amigos do *Ile axé Oya Mukumbi Filhos do Kavunji Aungele* pelo acolhimento, carinho e cuidados que muito me fortaleceram.

Agradeço a Joci, minha companheira de anos, território seguro e amor para levar comigo, pelo apoio e “apertos de mente”, responsável por não me fazer desistir;

Agradeço a Daniele pelas conversas de motivação e por me fazer acreditar que é possível;

Agradeço a Heleni de Ávila pela orientação e apoio na construção deste trabalho e, sobretudo, pela compreensão e confiança dispensada para seguir meu próprio ritmo;

Agradeço a todos os usuários e equipe do CAPS no qual passei por uma experiência rica de estagio que me proporcionou um conjunto de reflexões sobre a loucura que é a vida que levamos.

Agradeço, enfim, a todos @s l@ucos das loucuras que povoam meu mundo.

Dedico estas linhas que se seguem à meu tio “lôla” (in memoriam), e a todos os amigos que a todos os amigos conquistados na minha trajetória no CAPS. Ambos me fizeram a pensar sobre meu outro possível;

“Foi no CAPS de (...)
Que logo me vi no desafio
De aprender a dançar um samba-de-roda
Balanço o queixo, requebro o quadril
Maluco é tu, maluco sou eu (coro)
Não existe sambar direito,
Existe o direito de sambar
Tenho pernas e ando, tenho cabeça
E o direito da boca é falar
Maluco é tu, maluco sou eu (coro)
Todo dia, antes de se alevantar
Numa prece agradeço a Deus
Da cidade exijo o respeito devido
Tenho a cabeça que a vida me deu
Maluco é tu, maluco sou eu (coro)
E só entra nesse samba
Quem é de respeito e união
Quem não samba, bom sujeito não é
Tenho direitos, eu sou cidadão
Maluco é tu, maluco sou eu (coro)”

(“Maluco é tu, maluco sou eu”, maio de 2015)

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as dinâmicas que a estruturação de um serviço do tipo CAPS-I repercute no território. Para tanto, procederemos inicialmente a construção de um quadro teórico de análise que possa servir de base para pensar o marco em cujo bojo está situado o CAPS, considerado elemento central que consolida alguns avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira tal como se vem desenhando até os dias atuais. Depois da formulação teórica, proporemos reflexões propiciadas pela inserção em um CAPS-I fruto das observações no momento do estágio propondo revelar as tensões, potencialidades, desafios latentes no cotidiano destes serviços. O cotidiano é aqui entendido de acordo com sua elaboração por Agnes Heller, e situa-se numa encruzilhada entre autoreprodução social e subversão, podendo-se abrir para transformações que repercutem no processo global. A hipótese que conduz esse estudo é de que, embora represente um avanço indicado pela reorientação da assistência à saúde mental para o território, o CAPS vive um processo de cristalização que comporta o perigo de se fixar em um modelo, encerrando várias tendências que podem representar o enrijecimento do ímpeto reformático, e esvaziamento de um horizonte mais radical como da desinstitucionalização.

Palavras chave – Reforma psiquiátrica brasileira; CAPS; cuidado; território; cotidiano

ABSTRACT

This work aims to analyze the dynamics that the structure of a service of CAPS-I type affects the territory. Therefore, initially we proceed the construction of a theoretical framework of analysis that can serve as a basis for thinking the frame in which the bulge is located CAPS, considered central to consolidating some advances in Brazilian Psychiatric Reform as been designing to the present day. After the theoretical formulation, we propose reflections afforded by insertion into a CAPS-I result of observations on stage now proposing reveal tensions, potential, latent challenges in everyday life these services. Daily life here is understood according to its preparation by Agnes Heller, and other authors and is located at a crossroads between social autoplay and subversion, and may be open to changes that impact the overall process. The hypothesis driving this study is that, although it represents an advance indicated by the reorientation of the mental health care for the territory, the CAPS is undergoing a process of crystallization which entails the risk of settling on a model, ending several trends that may pose the stiffening of the momentum for reform, and emptying a more radical horizon as deinstitutionalization.

Key words - Brazilian psychiatric reform; CAPS ; caution; territory; daily

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

DINSAM- Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde

RPB- Reforma Psiquiátrica Brasileira

MTSM- Movimento dos Trabalhadores em Saúde mental

MLAM- Movimento da Luta Antimanicomial

NAPS- Núcleo de Atenção Psicossocial

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
PARTE I	15
1. EM BUSCA DO TERRENO TEÓRICO-CONCEITUAL DE ANÁLISE	15
1.1 O CAMINHAR TORTUOSO DA LOUCURA: DE UMA ESTÉTICA DO SER AO SILENCIA MENTO DE UMA EXPERIÊNCIA 16	
1.1. O NASCIMENTO DO ASILO PARA LOUCOS E PARADIGMA PSIQUIÁTRICO....	20
1.2. UMA CRÍTICA NA RAIZ DO MODELO ASILAR-HOSPITALOCÊNTRICO: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA	24
1.3. A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA (RPB) e o modelo de atenção psicossocial	28
1.4. O CAPS E A EMERGÊNCIA DE NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO TERRITÓRIO	37
PARTE II	42
2.2. APROXIMAÇÕES AO COTIDIANO DE UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO	43
2.2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO.....	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
Referências Bibliográficas	57

INTRODUÇÃO

O desafio em que nos propomos adentrar, explanado neste trabalho, se põem pela complexidade do objeto sobre o qual procuramos nos aproximar com nossa lente de observador atento, de um fenômeno que não é externo a nós e sobre o qual, por revelar nosso outro cheio de fraquezas e vazios que extrapolam a norma, historicamente tratamos com o desvio do olhar. Foi assim ao primeiro contato com o fenômeno da loucura: luneta mistificadora à mão e enchemos aquele portador de representações, e saberes insuspeitos em estreita ligação com esboços dos primeiros passos as formas de tratamento.

A história da loucura é sempre um bom ponto de partida, nos estudos que tratam dos aspectos relacionados a esse fenômeno presente em nossa civilização ocidental. Na literatura pesquisada, a maioria dos autores, iniciam as suas análises (independente da linha teórica que adotem) com um breve histórico da loucura. Aqui, adotamos essa mesma linha de construção de pensamento, com o intuito de no final de nossa reflexão acerca das novas práticas de cuidado em saúde mental elaboradas no processo de Reforma Psiquiátrica, exercer nossa reflexão sobre os desafios que se impõem na realidade para que não se invente o novo, ou que não se recrie no presente aquelas violências e formas de exclusão que emergiram no processo histórico.

Ressalva-se que não queremos dizer que há uma identidade entre o escrito, a teoria e a prática, ou seja, o que escrevemos aqui é a realidade tal como ela se apresenta. No nosso trabalho elegemos o recorte do que iremos analisar, de modo que a realidade é também aqui construída de modo a dar conta das hipóteses. Nesse sentido, o que faremos aqui não é uma recriação da realidade, mas a reflexão de um objeto que instiga a pensar sobre as nossas novas práticas nesse campo diverso, multidimensional como é o campo da saúde mental.

O que reafirmamos é que aqui se toma uma posição. Dando meus primeiros passos como pesquisador, e diante da especificidade de meu objeto, que é um recorte desse fenômeno rico e polissêmico que é a loucura, estou implicado no que eu digo. Tentando compreender esse meu outro possível, numa cultura em que cada vez mais se vê permeada de uma linguagem psiquiátrica para tratar problemas de natureza social. Capitalismo, Racismo, Violência estatal, naturalização da

desigualdade, da criminalização da pobreza, da tendência à crescente pauperização da população, da igualdade formal versus desigualdade social, psiquiatrização do social. Não são meros conceitos, é o terreno em que nós vivemos e que produzem e reproduzem transtornos mentais, e os lucros da indústria farmacêutica e de instituições que, em nome da religião “pensam que trabalham com saúde mental”.

O presente trabalho será um estudo de caso, pautado na pesquisa qualitativa. Segundo Minayo (2010), a pesquisa é um trabalho artesanal que não prescinde da criatividade, realiza-se fundamentalmente por uma linguagem baseada em conceitos, proposições, hipóteses, métodos, e técnicas, linguagem esta que se constrói com um ritmo próprio e particular.

A autora, prossegue, dizendo que o processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa divide-se em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental. O ciclo da pesquisa não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera indagações novas. Mas a ideia do *ciclo* se solidifica não em etapas estanques, mas em planos que se complementam.

Para a construção de nosso pensamento, argumentações e conclusões, vamos nos valer, basicamente, de duas técnicas importantes: estudos exploratórios e de observação participante.

Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. [...] Muitas vezes as pesquisas exploratórias constituem a primeira etapa de uma investigação mais ampla. [...]. O produto final deste processo passa a ser um problema mais esclarecido, passível de investigação mediante procedimentos mais sistematizados (GIL, p. 27, 2008)

Assim, será feita inicialmente uma rigorosa análise documental (envolvendo: artigos, livros, pesquisas, documentos. etc.), buscando categorizar expressões que contribuam para elucidar o objeto deste estudo.

Em um segundo momento, utilizaremos a observação participante como ferramenta de análise.

A observação constitui elemento fundamental para a pesquisa. Desde a formulação do problema, passando pela construção de hipóteses, coleta, análise e interpretação dos dados, a observação desempenha papel imprescindível no processo de pesquisa. É, todavia, na fase de coleta de dados que o seu papel se torna mais evidente (GIL, p. 100, 2008)

Neste sentido, a observação participante, que é um método qualitativo de investigação, possui particular importância,

A observação participante é uma das técnicas muito utilizada pelos pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa e consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação. [...]Na observação participante, é preciso atentar para o aspecto ético e para o perfil íntimo das relações sociais, ao lado das tradições e costumes, o tom e a importância que lhes são atribuídos, as ideias, os motivos e os sentimentos do grupo na compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, mediante suas categorias de pensamento (QUEIROZ, et al. P. 278, 2007).

A construção desta pesquisa inicia-se no período do estágio curricular da UFRB, que foi em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. O cotidiano do trabalho, aliado a experiências pessoais/sociais, impulsionaram a uma busca mais aprofundada acerca da saúde mental, seus dispositivos e formas de cuidar. Durante o estágio, a observação foi sendo consolidada e para que os pontos fundamentais da pesquisa não se perdessem algumas estratégias foram adotadas, como: elaboração de um minucioso diário de campo e registros aleatórios através das minhas abordagens e inserção neste grupo.

Importante salientar que foram observados os aspectos éticos, salvaguardando as identidades dos usuários, profissionais e outros sujeitos presentes no cotidiano do equipamento estudado. Neste trabalho, o observador enquanto um participante, estabeleceu o seu contato através de relações breves, pontuais e formais, sendo a coleta dos dados complementados com outros instrumentos (entrevistas/anamneses, prontuários, documentos diversos da instituição, contatos com familiares, dentre outros).

Nesse esforço, pudemos constatar que os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) emergem, na década de 90, e se consolidam enquanto principal estrutura, serviço substitutivo ao manicômio, da experiência da reforma Psiquiátrica Brasileira. Desse modo, desde já colocamos como questionamento principal que dinâmica esse novo serviço da assistência em saúde mental, pós-reforma faz entrar em cena quando consideramos as práticas de cuidado no território, de que forma está sendo realizado estes avanços.

No entanto, traçamos a hipótese de que a forma que o processo de reforma avança conduz a imperativos que se distanciam, e se deslocam da abordagem e dos acúmulos propiciados desde o final da década de 70. A dinâmica tal qual parece se desenhar no cotidiano é o esvaziamento de toda vitalidade, criatividade que tanto caracterizou este movimento, aprisionando a assistência à saúde mental sob novas bases, mas na forma de um modelo de aplicação, ou de implementação.

A primeira Parte deste estudo se orientará a construção da elaboração do horizonte histórico teórico-conceitual, da problemática da loucura desde a sua adequação como “problema”, passando pelas formas de agenciamento social que se desenvolveu a partir daí para lidar com ela, até as condições da emergência de um paradigma psiquiátrico. Logo após, sinalizaremos a contribuição da desinstitucionalização italiana como novo marco de crítica radical ao paradigma tradicional que definia um estatuto à psiquiatria, e um lugar e formas de tratamento à loucura, já capturada pela psiquiatria positiva sob os termos da “doença mental”.

O destaque que damos as proposições das contribuições da Psiquiatria democrática italiana, da desinstitucionalização, se justifica pela influência que jogou em nosso processo brasileiro de reforma, contribuindo com práticas e conceitos exitosos, que foram adequados a nossa realidade.

Se entendemos que o surgimento e consolidação do CAPS é o ponto crucial de um processo criativo de práticas que devem romper com a situação anterior, de crise da psiquiatria no mundo, e em particular da assistência psiquiátrica no Brasil – cuja o exemplo de Barbacena e seu quadro desumano se situa como paradigmática do que acontecia país afora quando o assunto era o tratamento dispensado ao loucura– mister se faz um apanhado desse processo acumulativo de Reforma Psiquiátrica desde os finais da década de 70 até a emergência dos CAPS como principal serviço proposto a assistência em saúde mental. Sinalizaremos alguns avanços nos campos teóricos-conceituais, jurídicos-políticos, técnicos-assistencial e sociocultural desse processo de reforma psiquiátrica, cuja lei 10.216 de 2001 (conhecida lei Paulo Delgado) é passagem obrigatória para a reorientação e garantia de modelo focado em serviços extra-hospitalares.

Os aspectos relativos às novas práticas de cuidado à saúde mental se revelam através do olhar sobre conceitos e alguns princípios que se erigem ao mesmo tempo que se critica as velhas formas de tratamento da loucura. Insisto em alguns momentos do estudo, no termo “cuidado” ao invés de assistência à saúde

mental, para insinuar ações que não devem estar restritas aos atos de saúde propriamente dito, bem como não se referir aos aspectos técnico-assistenciais, com o risco de repormos a redução do louco em objeto restrito à esfera sanitária.

Para tal, é necessário também uma reflexão do território enquanto componente vivo e possibilitado de novas práticas de cuidado. Sabe-se que uma das características do modelo anterior, asilar-hospitalocentrico, era fixar uma segregação entre a loucura e a cidade, entre o louco e a sociedade. Muitos estudos abordam esse fato como reforço às representações sociais da periculosidade referente ao louco. Na nova situação, urge que reflitamos sobre a natureza da demanda desses novos serviços, como são estruturados, e como deve se dá esse diálogo entre a loucura e a cidade.

A segunda parte deste trabalho será feita pelas reflexões fecundadas, através de observação-participante, na realidade de estágio obrigatório num CAPS-1 de uma cidade de pequeno porte. A linha de argumentação será orientada pela minha aproximação ao campo e as problemáticas percebidas no cotidiano do trabalho com a saúde mental num serviço que se propõe substituir a antiga assistência psiquiátrica, e cuidar no território. Procederemos ao esforço de remontagem do cotidiano desafiador dessa experiência remetendo-o à discussão operada na primeira parte deste trabalho.

Por fim, traçaremos uma tentativa de conclusão como um apanhado das discussões que se orientam para novos pontos de partida. O objetivo do último tópico será tratar dos desafios que o movimento da realidade põe no desenvolvimento dessa forma de cuidado à saúde mental sob novos moldes e valores como autonomia, cidadania, e direitos humanos. É constante, desde os tempos da antipsiquiatria, ou Psiquiatria Democrática italiana liderada por Franco Basaglia, uma preocupação da tendência à fixação de um modelo institucional, pela própria natureza dele enquanto realidade que não se abre a criatividade, e é por aí que pensamos que a reforma psiquiátrica não é processo findável. Diante disso, cabe a nós que nos ocupamos desse tema, revisar e apontar a presença de pontos problemáticos que cabem um esforço teórico-prático conjunto via superação.

PARTE I

1. EM BUSCA DO TERRENO TEÓRICO-CONCEITUAL DE ANÁLISE

Tomar como ponto de partida a “História social da loucura” é necessária, e lança de partida pelo menos dois desafios para o decorrer desse trabalho. De um lado, tentamos nos esquivar da sedução dos conceitos que visam a simplificar a realidade, que tal como se desenha a “Loucura” e suas formas de tratamento e cuidado na história da civilização ocidental/racional* se mostra complexa, e em lugar da conceptualização/ simplificação passamos a abordá-la através de processos, emergências, construção – na esteira da obra de Michel Foucault. Visamos, portanto, uma síntese da emergência de saberes, poderes, enfim, de práticas sociais que demonstram a forma como a sociedade lida com aqueles/aquelas percebidas como diferentes da norma, da clausura da razão.

Por outro lado, construir esse passado de práticas dispensadas ao “desatino”, ao “louco”, ao “doente mental”, serve como contraponto ao presente, este local que se abre para novas possibilidades, do que já não é mais como fora, deste constante demandar de novas práticas cada vez mais assentadas em valores como democracia, respeito à dignidade humana, alteridade. É nesse quadro de riscos e acertos que pontuamos as lutas, embates que vão tecendo valores das práticas e saberes que visam rupturas, tal como a Reforma Psiquiátrica, particularmente a sua versão brasileira.

De fato, as experiências de Reforma Psiquiátrica como particularidades históricas que emergem no contexto pós-segunda guerra mundial, se diferem daquilo que Tenório (2002) chama atenção, qual seja, a relação íntima entre Psiquiatria e reforma. A Reforma Psiquiátrica da qual tratamos visam cada vez mais à crítica/ negação ao próprio paradigma psiquiátrico, suas instituições de violência (BASAGLIA, 1991), instituições totais (GOFFMAN, 2001), e construção de saberes que reponha o “louco” em liberdade, no território, em sua experiência, sua positividade, em sua cidadania.

Dividimos essa parte do trabalho no que podemos chamar de quadro teórico de análise. Ele é resultado de uma pesquisa exploratória de bibliografia, de leitura crítica de artigos, teses e dissertações que continham como palavras chaves “Loucura”, “Reforma psiquiátrica”, “território” e “cuidado”. Compomos essa primeira

parte, portanto, de revisão bibliográfica tentando situar as problemáticas presentes nesse campo multidimensional, plural, que é o da saúde mental.

1.1 O CAMINHAR TORTUOSO DA LOUCURA: DE UMA ESTÉTICA DO SER AO SILENCIA MENTO DE UMA EXPERIÊNCIA

Senhores:

As leis, os costumes, concedem-lhes o direito de medir o espírito. Esta jurisdição soberana e terrível, vocês a exercem segundo seus próprios padrões de entendimento. Não nos façam rir. A credulidade dos povos civilizados, dos especialistas, dos governantes, reveste a psiquiatria de inexplicáveis luzes sobrenaturais [...] onde vivem aqueles que vocês encarceraram? [...]

E que encerramento! Sabe-se - nunca se saberá o suficiente - que os asilos, longe de ser "asilos", são cárceres horríveis onde os reclusos fornecem mão-de-obra gratuita e cômoda, e onde a brutalidade é norma. E vocês toleram tudo isso. O hospício de alienados, sob o amparo da ciência e da justiça, é comparável aos quartéis, aos cárceres, as penitenciárias. [...] E não podemos admitir que se impeça o livre desenvolvimento de um delírio, tão legítimo e lógico como qualquer outra série de ideias e atos humanos. A repressão das reações anti-sociais, em princípio, é tão quimérica como inaceitável. Todos os atos individuais são anti-sociais. Os loucos são as vítimas individuais por excelência da ditadura social. (Antonin Artaud, Carta aos diretores de asilos de loucos, 1979)

A história da loucura é aquela da gradual construção de saberes e poderes acerca desta dimensão da experiência humana que escapa ao entendimento do comum, e assume contornos críticos com o paulatino desenvolvimento da racionalidade moderna. É Foucault (1972) quem traz contribuição teórica importante para desvelar esse percurso tortuoso que significa a passagem das representações e sensibilidades em torno do louco e seu sofrimento, da inquietude à repulsa e exclusão. A loucura não existe por si, ela “ só existe em uma sociedade, (...) ela não existe fora das normas da sensibilidade que a isolam e das formas de repulsa que a excluem ou captam” (Foucault *apud* Oliveira 2010. p 397).

Se pudéssemos montar quadros, em sequência, que dessem conta de retratar a natureza do deslocamento operado no acontecer histórico, a primeira imagem seria de uma estética do ser, do desatino como tragédia, em cuja voz orbitava ares sobrenaturais – ou mesmo incompreensão. A esta imagem, seguiria aquela das “naus dos insensatos” veiculada por representações artísticas na Renascença; uma experiência que não pode mais ser livre, mas se vê numa “terceira margem do rio”, num momento em que a razão moderna começa a

engatinhar. Por fim, a definição operada conforme o desenvolvimento da razão, e toma aquela experiência do desatino sob seu domínio, donde não se pode mais falar em loucura sem o reconhecimento da razão.

Na Idade clássica, a loucura é uma presença cotidiana com poder de enunciação sobre a própria experiência humana, encarnando o drama da existência ela faz parte da paisagem do homem na idade clássica. Além disso, se apresenta como portadora de mensagens de conteúdo místico, como revelação de verdades secretas que não estão ao alcance de todos. Essa experiência dúbia é retratada de uma forma bem particular, apresentando-se nas artes e literatura do período como trânsito, habitante do que poderíamos designar entre pontos da existência e não-existência, simbolizada pela Nau dos insensatos, no que Oliveira (2010), p diz “eterna ronda sem tempo nem espaço”.

Por outro lado, a presença da loucura no Renascimento revela uma outra abordagem que conduz a inquietude que ela mobiliza por confrontar o homem e seu avesso, a insensatez o desatino como possibilidade humana. A loucura na sua apreensão crítica está ligada ao esteio humanista, e a sua verdade está inclinada ao discurso erigido sobre ela. Em sua versão crítica, a verdade da loucura é da consciência crítica

[...] a tradição humanista, a loucura é considerada no universo do discurso. Aí ela se apura, torna-se mais sutil e também se desarma. Muda de escala; ela nasce no coração dos homens, organiza e desorganiza sua conduta; embora governe as cidades, a verdade calma das coisas, a grande natureza a ignora. Logo desaparece, quando aparece o essencial que é vida e morte, justiça e verdade. Pode ser que todos os homens estejam submetidos a ela, mas seu império será sempre mesquinho e relativo, pois ela se revela em sua medíocre verdade aos olhos do sábio (Foucault, 1972 p. 33).

Trata-se, portanto, de um período no qual se convive duas leituras da experiência loucura, “de um lado, uma experiência cósmica, composta pela Nau dos loucos; de outro, uma experiência crítica, relacionada a toda essa ligação que o homem mantém consigo mesmo ” (VIEIRA, 2007). E nesse embate, a consciência crítica vai aos poucos ocultando a experiência trágica, dominando-a e associando-a a esfera da moral, e o que era antes capacidade de revelação de uma verdade cósmica assume cada vez mais os contornos do condenável,

Podemos dizer, portanto, que uma experiência cósmica de acesso à verdade, dá lugar a uma outra moral, própria do homem. A Loucura,

de lugar de revelação da verdade, torna-se ilusão, desregramento, fraqueza. Como consequência desse rompimento, temos um saber racional que se apoia em uma moralidade e em uma loucura que perde-se de seu rosto trágico (Oliveira, 2010, p.399).

O que salientamos, neste ponto, é que o deslocamento que se opera com o paulatino desenvolvimento de uma razão, discursiva em torno de aspectos do humano (que caracteriza o Humanismo), em geral, e no nosso caso particular – da loucura como experiência, estética do ser, é feito na forma de domínio sobre esta experiência. Aos poucos, durante a idade clássica a loucura vai sendo identificada com a des-razão, ou avesso da razão. O *cogito*, anunciador do pensamento filosófico cartesiano, impõe à loucura outro golpe. Ao identificar o pensamento e ser, a operação cartesiana termina por colocar a loucura enquanto falta, vazio discursivo (Oliveira, 2010). A razão é que falará sobre ela, sem que ela comunique nada mais a respeito da razão.

A partir dessa condenação moral da loucura, processada pela racionalidade emergente, a ela não será mais possível a existência errante, numa zona de trânsito simbolizada pela “Nau dos insensatos”, e em seu lugar vai surgindo a experiência da clausura. É necessário nos ater a essa operação de desnaturalização da loucura enquanto estética do ser, vivência ambiental, e seu silenciamento na forma da instituição da internação, condição para a emergência e desenvolvimento, séculos mais tarde, da própria disciplina psiquiátrica.

A primeira instituição de internamento, no entanto, não dispunha de nenhum elemento que a ligasse a finalidades médicas, e seus primórdios remontam ao nascimento do Hospital Geral, datada do sec. XVII. Dentro dos limites deste espaço, pairava os intentos de uma condenação que punha como convivas pobres, devassos, alquimista, prostitutas, suicidas e todo uma sorte de “inadaptados”; elementos cuja razão de estar era a de se configurarem como “desviantes” em relação a uma norma que se impunha. Pela primeira vez na história, ocorre a aproximação física e simbólica da loucura a outras formas de desvio a norma, fato que conduz a representações que até hoje incidem sobre o louco.

Devemos enfatizar que nesse encontro a loucura vai adquirindo uma similitude com essas outras figuras – avizinha-se ao pecado da carne, é coagida pelo coração, testemunha a profanação. É a herança constituída no evento social do Grande Enclausuramento

que irá assimilar-se à “natureza” da loucura na modernidade” (...) o louco incorpora, do ponto de vista da psiquiatria nascente, as qualidades atribuídas a seus vizinhos de confinamento, incorporando atos-adjetivos como o pecado da carne, o gesto da profanação, a libertinagem (OLIVEIRA, 2010, p. 401).

Este “Grande enclausuramento” (idem) do sec. XVII é justificado, do ponto de vista de uma sociedade que precisa produzir novos arranjos, novas sensibilidades em relação à pobreza – que, em outras palavras, inserem-na num horizonte da culpabilidade. A ordem nascente requisita todos os aptos a trabalhar, e aparta quem não é capaz de fazê-lo. É nesse sentido que o internamento, antes de se configurar como uma instituição médica, exerce-se como “estrutura semi-jurídica que, além dos tribunais, decide, julga e executa” (VIEIRA, 2007).

Há de ser interessante apontar a passagem da função do hospital geral, de instituição “filantrópica”, baseada na assistência do Estado aos inadaptados à ordem nascente, à outra com finalidades terapêuticas, o que equivale a uma crescente medicalização do espaço hospitalar. Antes liderado por representante religioso enquanto autoridade administrativa do espaço, o âmbito do hospital cede à autoridade propriamente médica, que passa a gerir o desenvolvimento da disciplinarização do espaço. Na esteira do pensamento Foucaultiano, disciplina diz respeito a:

[...] uma técnica de exercício de poder que é capaz de ‘gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utiliza-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder susceptível de controla-los (FOUCAULT apud OLIVEIRA, 2004, pg. 25).

O estreitamento da relação da medicina social com a botânica, no sec. XVIII, desloca o paradigma médico, de preocupações de sanitarismo da sociedade, das populações, para a observação controlada de fenômenos inscritos no corpo que, tomando de empréstimo método da botânica, poderia ser passível de observação controlada. Esse processo erige as bases para uma medicina clínica, substantivado no olhar atento do médico à fenômenos fincados no corpo, que deveriam ser isolados para melhor controle. Esse isolamento, nas palavras de Oliveira (2004), “(...) originário da Botânica, pode ser considerado um dos principais conceitos propiciadores do conhecimento científico: isolar para observar; observar para conhecer; conhecer para administrar”.

Tem-se que a elaboração da medicina psiquiátrica leva a uma afirmação da loucura enquanto fenômeno da ordem moral, e além disso, inscreve-a no corpo – este domínio que autorizava a intervenção do especialista.

A medicina se tornou, então, a instância definidora do estatuto do louco, como doente e como incapaz, portanto como sujeito a ser tratado e protegido. Apenas quando foi constituída uma inteligibilidade capaz de apreender e identificar a loucura como doença é que a Psiquiatria foi viável. (MACHADO *apud* VECHHI, 2004, p. 491)

É só a partir do internamento e da medicalização do espaço hospitalar, no século XVIII, que se intensifica o desenvolvimento de um paradigma psiquiátrico, fundado num conhecimento científico que se baseia no isolamento do fenômeno da loucura de seu meio social, observação de suas “manifestações” ou sintomática, e classificação.

O poder do médico consistia, sobretudo, na função de discriminar o louco dos demais desarrazoados perigosos à sociedade, de modo a exercer coação moral pelas vias administrativas dos asilos para além do foco nas metas terapêuticas”(CAMPREGHER, 2009, p. 22).

1.1. O NASCIMENTO DO ASILO PARA LOUCOS E PARADIGMA PSQUIÁTRICO

Não podemos naturalizar a relação entre Psiquiatria e internamento, pois como visto acima, esta prática de exclusão social atende primeiramente a finalidades de imposição dos crivos que separam o normal, o razoável para a ordenação do espaço e da sociedade que se desenvolvia, dos tipos que perturbavam essa nova ordem. O internamento, na forma dos Hospitais gerais no sec. XVII, visava formular uma sensibilidade que exclui e aparta os de fora da norma, incluindo-os através da exclusão. Ao proceder dessa maneira, opera uma condenação moral, retira a razão dos que se encerram em seus limites. Neste sentido, Machado *apud* Oliveira (2010, p. 401) afirma: “[...] a desrazão é um campo de experiência que **objetiva o negativo da razão em tipos concretos**, sociais, existentes, individualizados, é a negação da razão realizada como espaço social, banido, excluído.” [grifos nossos]

Ocorre que o desenvolvimento da medicina, tomado de empréstimo os métodos das ciências naturais (em particular da botânica), surge um novo objeto

“doença” e um lócus de intervenção à qual deverá incidir a prática médica será o corpo, isolado do seu meio para fins de exame. As instituições de internamento tornam-se paulatinamente o local em que a disciplina médica se impõe. Cabe sinalizar o que é importante nesse processo: a emergência do desatino submetido ao olhar científico do médico, a gradual patologização da experiência da loucura.

O médico, nesse contexto, não foi solicitado pelo internamento para fazer a divisão entre o mal e a doença, agindo como um árbitro, mas para proteger as pessoas, para ser o guardião desse perigo que os muros do internamento transpiravam (...) O interesse dos médicos pelo internamento não se deu devido a uma generosidade por um local onde se castigavam indiferentemente as culpas (VIEIRA, 2007, p.14)

É criado o manicômio como instituição de internamento, com funcionalidade diversa daquela do hospital geral, enquanto lugar que ao visar tratar a loucura, a separa das outras formas de desatino que até então estavam unidas. É nesse horizonte que situamos o gesto inaugural da Psiquiatria, de Pinel desacorrentando os loucos, ele é o avesso de um processo de especificação da instituição asilar, em locais de tratamento sob autoridade da disciplina e autoridade médica, de um saber sobre a loucura. Daí Tenório (2002) afirmar uma inspiração reformadora da psiquiatria desde os seus primórdios, diante de um contexto de crise do internamento. Esta crise se impunha pelo caráter contraproducente do internamento, num contexto de consolidação sociedade mercantilista e industrial que necessitava da reinclusão dos pobres, aptos ao trabalho na esfera da produção de valor.

Tem-se, contudo, que o gesto libertador de Pinel restitui ao pobre e outras categorias alvos da hospitalidade asilar o espaço social e econômico, da liberdade mercantil, e ata-o de uma forma mais particular o louco ao espaço da exclusão, que deveria proteger a sociedade de seus perigos. Conforme aponta Oliveira (2010)

[...] os ditos libertadores da loucura na mais fizeram do que naturaliza-la como doença mental, fazendo passar por terapêutico um enclausuramento que cumpre sua função social de saneamento e proteção da cidade, batizando como cura a submissão a princípios claramentes morais [...] No hospício recém inaugurado, a moral é o dispositivo da cura (OLIVEIRA, 2010, p. 403)

Nisso consistia o tratamento inaugurado por Pinel fazia sentido mediante uma visão da loucura enquanto disfunção de ordem moral, um desvio nas capacidades de julgamento, de moderação dos gestos. A difusão dos manicômios enquanto local

terapêutico voltado a loucura, no início do século XIX, equivale a generalização dessa terapêutica que pressupunha três ordens de fatores, que caracterizam a terapêutica manicomial (OLIVEIRA, 2004).

Primeiramente, na esteira do próprio paradigma científico, das ciências naturais- o isolamento do meio social era, por si só, um modo de tomar a loucura em seu estado puro, observa-la e facilitar a reeducação moral separando de problemas extramuros. Além disso, tem-se que o ambiente interno do manicômio é constituído por uma ordenação do espaço que segue uma lógica classificatória de acordo com as diferentes formas de “aparecimento” da loucura; ordenação, também, por meio de uma rotina institucional. Por fim, o tratamento assenta-se numa relação unidirecional de poder entre a figura da autoridade e o objeto desta autoridade. Esta relação visa a incorporação, por parte do doente, da vontade do médico representante da razão, e do gradual controle de si.

O paradigma psiquiátrico baseia-se na transformação da loucura em doença mental, encerrada num local que, se por um lado exclui socialmente a figura do louco, do ponto de vista medico-terapêutico dispõe das condições de exercício do saber e do poder da psiquiatria sobre o objeto loucura. É no manicômio que a psiquiatria primeiro se desenvolve, submetendo o fenômeno à observação, classificação que opera uma fragmentação da experiência em tipos de loucura, o que repercute na ordenação do espaço asilar.

[...] a loucura especifica-se e instala-se como objeto de percepção. Os loucos, dentro dessa nova racionalidade, não são mais diferentes em relação aos outros, mas são diferentes de um para outro. A diferença é introduzida na igualdade da loucura. Com essa especificação conquistada dentro do internamento, a loucura adquire uma linguagem que é somente sua. O século XIX, então, conseguiu unir os conceitos da teoria médica e o espaço do internamento e foi aí que nasceu essa relação, posteriormente dada como natural, mas que era totalmente estranha ao Classicismo, entre medicina e internamento e que possibilitou, assim, o nascimento da psiquiatria positiva e do asilo do século XIX (OLIVEIRA, 2010, p. 15).

Objeto de percepção pois a racionalidade que fundamenta prática psiquiátrica, neste caso, opera um encerramento do sujeito em uma abstração que é a doença mental, baseado na observação e descrição de sintomas de uma suposta patologia, que passam pela definição do que se configura como normal. Em outras palavras, a racionalidade em questão opera uma forma de conceber o sofrimento

humano que termina por silenciá-lo mediante a mobilização de uma linguagem da doença mental. Neste sentido, a partir do paradigma psiquiátrico o que fala é a

[...] definição das síndromes em que o doente, arrancado de sua realidade e apartado do contexto social em que vive, vê-se etiquetado, 'constrangido' a aderir a uma doença abstrata, simbólica e, enquanto tal, ideológica (BASAGLIA *apud* YASUI 2005, p. 35).

A instituição psiquiátrica, os saberes e poderes que se formulam historicamente e aderem à loucura; manicômios e as relações que se estabelecem dentro de seus muros, visíveis e invisíveis, são aspectos de uma forma particular da sociedade lidar com a loucura – que como apontamos não pode ser identificado à percepção da experiência como diferença, em suas versões trágicas e críticas, na era clássica. Esta relação particular da sociedade com a diferença da loucura, materializada na emergência do internamento, segue a partir do século XVIII baseada na violência da exclusão, silenciamento da experiência, sob o exercício do mandato social conferido à Psiquiatria, como disciplina médica que deveria oferecer respostas consistentes à loucura percebida como problema social, e que baseia tal resposta no controle e intervenção propiciados pelo internamento em instituições para loucos.

Os processos de “admissão” no depósito humano em que se configuraria os manicômios enquanto instituição de tratamento é aquele em que, gradualmente, o louco é despido em sua subjetividade e encarna aos poucos, mediante a imposição do poder do psiquiatra e seu saber, uma objetividade ditada pela instituição.

Os processos de admissão talvez pudessem ser denominados "arrumação" ou "programação", pois, ao ser "enquadrado", **o novato admite ser conformado e codificado num objeto que** pode ser colocado na máquina administrativa do estabelecimento, modelado suavemente pelas operações de rotina” (GOFFMAN, 2001, p. 26) [grifos nossos].

Retirados do meio social, a mercê do controle burocrático do tempo, espaço e gestos, encerrados em instituições totais (GOFFMAN, 2001) estabelece-se em torno do “doente” uma história, não a sua, mas a da evolução dos sintomas. A partir daí não será mais possível estabelecer uma biografia do louco, sua história será a das manifestações da sua doença mental.

De outro ponto de vista, crítico à relação internamento/ tratamento pela exclusão dos manicômios, esse processo de institucionalização da loucura é, por si

só, o processo de criação e afirmação da doença mental. Por meio de técnicas que visam incidir sobre o corpo do doente, sobre suas rotinas e ações, o corpo institucional produz e reproduz a negação do sujeito e objetifica nele a doença, na forma de assimilação da rotina manicomial. VECHI (2004) na esteira das contribuições de GOFFMAN sobre o problema da iatrogenia, assim nos informa que

Essas alterações produziriam uma adaptação excessiva do usuário ao *papel de doente mental*. Em outros termos, haveria a criação de uma dependência excessiva ao atendimento psiquiátrico e uma concomitante diminuição da vontade e do repertório necessários para o convívio social. Isso, por sua vez, traria como resultado da iatrogenia a carreira moral do doente mental, definida como a contingência de o usuário de saúde mental restringir sua existência ao contexto terapêutico ou àqueles associados a ele (VECHI, 2004, p. 492).

A observação e crítica dessa tendência a uma institucionalização da doença mental operada por GOFFMAN (2001), ou a uma reprodução da situação de cronicidade encerrada nos muros materiais do manicômio, e imateriais do discurso médico-psiquiátrico produz rachaduras na pretensão terapêutica da psiquiatria e da internação como forma de tratamento e parece repô-la na ordem das formas de violência, de produção e manutenção da exclusão, nos quadros de uma sociedade ocidental que afasta de seu convívio os inadaptados à ordem.

1.2. UMA CRÍTICA NA RAIZ DO MODELO ASILAR-HOSPITALOCÊNTRICO: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA

Diante do exposto anteriormente, percebemos como mudam-se desde a era clássica até a modernidade as formas de lidar com a loucura, que revela também uma mudança da percepção e configuração de um problema social que, é válido salientar, só é entendido desta forma, se referente à forma de racionalidade. Ao problema, um conjunto de instituições sociais e saberes vão aderindo, e traçando novos contornos, novas problemáticas.

Como vimos, a instituição da ordem asilar-manicomial baseada no isolamento, deixa suas marcas sobre o desenvolvimento das formas de apropriação discursiva sobre a loucura, à medida que se trata de uma ordenação do espaço conforme características nosógrafas, da observação e classificação de sintomas, que repartem

aquela antes uniforme experiência da loucura e fazendo-o sintetiza e submete o louco em sua objetividade fragmentada.

O espaço e a estrutura asilar, é o local da intervenção da prática psiquiátrica, e exercício de seu poder que legitima a exclusão daqueles que não participam da contratualidade do espaço e ordem vigente.

Trata-se, desse modo, de uma instituição que surge após uma sobreposição de **naturalizações que ocultam sua função política e que possibilitam a constituição da ordem psiquiátrica** que vem instituir todo um aparato voltado para fazer o paciente se adequar à ordem social. (ROMANHOLI, 2004, p. 65) [grifos nossos].

A partir dessa constatação que revela a estreita relação entre ordem psiquiatria e mecanismos de controle dos corpos, exercício de biopoder, materializados na própria instituição asilar e seu cotidiano de violências passamos a afirmação de que não há reforma possível que garanta a manutenção das estruturas da psiquiatria, seja na forma do local onde tradicionalmente exerce seu poder, seja nos próprios pressupostos donde essa disciplina se assenta. Trata-se, nos termos de Basaglia (1991), de uma instituição a ser negada.

O que se revelou antiterapêutico e destrutivo nas instituições psiquiátricas não é uma técnica particular ou um instrumento específico, mas **a organização hospitalar de alto a baixo**: voltada como está para a eficiência do sistema, esta inevitavelmente passou a ver o doente como um objeto, quando o doente deveria ser sua única razão de ser. Diante disso, é evidente que a introdução de uma nova *técnica terapêutica* no velho terreno institucional é uma medida precipitada, quando não nociva, no sentido de que, se pela primeira vez é desvendada a realidade institucional como um problema que se deve enfrentar, correr-se-ia o risco de voltar a mascarar-la com uma roupagem que não faria mais do que apresentá-la sob uma luz menos dramática (BASAGLIA, 1985, p. 122, grifos do autor).

Reproduzimos o trecho pela capacidade de síntese dos objetivos práticos e teóricos que a Psiquiatria Democrática Italiana – fruto das intervenções na realidade manicomial de Gorizia e Trieste na Itália a partir da década de 60- uma das críticas mais contundentes de superação ao modelo manicomial a nível internacional, elaborou na realidade, como transformação nas formas de assistência à experiência da loucura. Ao lado da crítica à cronificação a qual os pacientes do circuito psiquiátrico estavam expostos, situava-se uma reflexão a respeito do estatuto do

dispositivo psiquiátrico, reprodutor da lógica da exclusão que permeava as relações mais amplas da sociedade.

Nestes termos, a equipe dos hospitais psiquiátricos – minada a sua máscara de profissionais autorizados a cumprir uma terapêutica que restabeleceria/curaria o “doente mental”- se assemelharia “técnicos da exclusão” dispostos a cumprir uma função meramente política, em sintonia com o mandato social da Psiquiatria positiva. NICACIO (2003) cita Franco Rotelli, para apontar a natureza da transformação que o projeto basagliano de crítica a instituição psiquiátrica propõe a partir da negação de

[...] o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’, à qual se sobrepõe no manicômio o objeto ‘periculosidade’ (ROTELLI *apud* NICACIO, 2003,p. 95).

Neste sentido, a reforma não se passa apenas no terreno institucional, e o gesto crítico de paulatina desmontagem do manicômio como o operado por Basaglia e sua equipe em Gorizia ao abrir as celas e abolir mecanismos de violência e apartação que faziam parte do cotidiano da assistência psiquiátrica naquela província, surgem como sinalizadores de uma nova postura que assume os riscos da invenção de uma nova forma de cuidar e desconstrução de saberes, e de conceber a loucura reconstituindo-se a complexidade da experiência-sofrimento.

A Psiquiatria Democrática Italiana traz como contribuição a reflexão sobre a desinstitucionalização, horizonte de novas problemáticas que sugerem uma capacidade de criatividade, de formas mais flexíveis de relação entre equipe técnica e agora sujeitos repostos na relação, bem como da criação de uma rede de cuidados que torne possível a restabelecer a existência-sofrimento desses sujeitos no território. Ao contrário do que comumente se identifica desinstitucionalização como desospitalização tal como ocorre na Psicoterapia comunitária, mais uma vez ROTELLI afirma como o espírito da instituição a ser inventada que

para nós, nunca se tratou de dissolução administrativa das instituições, mas de sair da inércia, de agudização e desvelamentos, de desestabilizações e produções de sentido liberados da crítica prática, de grandes experiências de subjetivação dos papéis, das figuras, de todos os atores [...]. Não desinstitucionalização como desospitalização, mas como vivificação, [...] reapropriação emocionante das riquezas singulares constringidas naquele lugar e reinseridas em um grande jogo de trocas coletivas. Esta era a

afirmação da pluralidade de sentidos que emergia no concreto da negação institucional como ruptura do lugar zero da troca social (ROTELLI, 1999a, p. 70-1 *apud* NICACIO).

Neste sentido, a negação que se opera por dentro da estrutura do manicômio deve-se orientar para o desafio de entranhar-se na sociedade, produzir um novo lugar social para a loucura de modo a restabelecer o seu poder de trocas sociais. O trabalho terapêutico deixa de se orientar para o antigo objeto-doença e monta-se para a existência complexa dos sujeitos visando a sua reabilitação social enquanto capacidade de autonomia frente aos desafios do espaço-tempo desinstitucionalizado, no cotidiano da cidade. Neste sentido,

O fundamental [...] é o enraizamento da transformação da relação e do lugar dos usuários nos modos cotidianos de agir, é a qualidade da relação entre os profissionais e os usuários, na qual esses são reconhecidos como atores do processo, que inscrevem sua singularidade, história, recursos, conflitos, demandas e possibilidades (DE LEONARDIS *apud* NICACIO, 2003).

É válido ressaltar um outro aspecto relevante da desinstitucionalização, que a coloca enquanto processo complexo de invenção de novas possibilidades, e um novo local de intervenção não mais no hospital psiquiátrico, mas no terreno social, no território vivido. Ao operar dessa forma, novos atores – não só os tradicionalmente identificados ao espaço hospitalar- são chamados a contribuir nesse processo de invenção da saúde mental

Trata-se de um “processo social complexo” que busca transformar as relações de poder entre as pessoas e as instituições, agenciando diversas pessoas como atores do processo, a partir da desconstrução dos saberes, práticas e culturas, da reconversão dos recursos existentes, da produção de projetos de saúde mental totalmente substitutivos ao modelo asilar, da invenção da saúde e do social, da produção de novos lugares e da complexificação das linguagens, das relações e das possibilidades (ROTELLI et al., 1990 *apud* NICACIO, 2003).

O que difere a experiência crítica da Psiquiatria Democrática Italiana de outras experiências de reforma que emergem no contexto do segundo pós-guerra é sua capacidade de negar os saberes e práticas psiquiátricas tradicionais, cristalizados no modelo hospitalocêntrico e partir de uma instituição negada rumo à invenção de novas possibilidades de tratamento, de forma a montar uma rede substitutiva ao manicômio. Entendendo que a desmontagem da estrutura física é

condição para a superação do modelo manicomial, asilar, de hegemonia do hospital e do saber psiquiátrico

[...] a luta pelo fim dos manicômios transcende a simples superação de sua estrutura física. O anacrônico hospício se apresenta como um fardo quase insuportável, que faz curvar pacientes e operadores de saúde – que o carregam meio sem saber o porquê. Urge denunciá-lo, destruí-lo, superá-lo; urge extinguir a demanda convencional de crise/internação no hospital psiquiátrico. É vital ser criativo ao apresentar alternativas no território. Contudo, acima destes movimentos, urge incendiar o manicômio que existe dentro de cada operador, a lógica de exclusão que a prática pode perpetuar sem perceber. Caso contrário, corre-se o grave risco de destruir o manicômio, superando-o como espaço para a massa, de flagrante aniquilamento da pessoa, porém criando centenas de pequenos manicômios itinerantes onde cada operador pode funcionar como um cadeado, como uma camisa-de-força, como um poderoso psicofármaco. Somente explodindo o manicômio introjetado, a demanda internalizada da “solução” manicomial, pode-se chegar a um trabalho efetivo de transformação da abordagem cotidiana do sofrimento psíquico. Talvez este se apresente como um dos maiores “nós” a serem desfeitos (DELGADO *apud* ROMANHOLI, 2004, p.).

Sintetizando o acima exposto, a desinstitucionalização propõe uma dialética de negação/invenção de novas formas de cuidado à saúde mental que rompa com a hegemonia da psiquiatria tradicional — assente em uma terapêutica que repousa o olhar sobre a doença e que esconde sobre os objetivos de cura e adequação como remissão de sintomas – bem como da figura do hospital psiquiátrico, orientando-se a reconstituição da complexidade do sujeito e seu sofrimento, abrindo-se à contribuição de outros saberes locais, e atores sociais para execução desse projeto que exige flexibilidade e criatividade para entranhar-se em cada realidade.

Neste sentido, a desinstitucionalização figura-se como uma das principais contribuições teóricas para o posterior processo de reforma psiquiátrica brasileira, que é fruto também de uma revisão crítica de acúmulos de experiências a nível internacional, que possibilitam novos rearranjos na assistência à saúde mental, que não aquela em cujo centro fixava-se anteriormente ao hospital psiquiátrico.

1.3.A REFORMA PSIQUIATRICA BRASILEIRA (RPB) e o modelo de atenção psicossocial

Quando falamos em Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) tratamos primeiramente de um processo que se inicia num período específico da história do Brasil de finais da década de 70, período que congrega, por um lado, crises tal como a da Divisão nacional de Saúde mental do Ministério da Saúde (DINSAM), e da própria assistência psiquiátrica marcada por quadros desumanos, baixa eficácia e organização que privilegiava interesses corporativos e reproduzia a lógica do internamento; e, por outro, se movimenta num cenário de fortes apelos por reabertura democrática e participação da sociedade civil em tornos dos rumos que tomaria a nação.

Para Amarante, a Reforma Psiquiátrica pode ser conceituada como processo social complexo que opera rupturas e contempla quatro dimensões

[...] a dimensão epistemológica ou teórico-conceitual referente ao campo dos saberes e conhecimentos; a dimensão técnico-assistencial referente ao modelo assistencial; a dimensão jurídico-política, referente às relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais e, por fim, a dimensão sociocultural que, segundo o autor, constitui o objetivo maior, a saber, “[...] a transformação do lugar social da loucura” (AMARANTE apud ROMANHOLI, 2004, p.58).

Valido ressaltar que o olhar para o desenvolvimento desse processo revela-o como um campo de embates políticos, de interesses divergentes em jogo; uma agenda de mudanças substantivas nas formas de conceber os objetos, objetivos, saberes locais que implicam modificações nos processos de trabalho em saúde mental, visando espriar esses objetivos compartilhando-o cada vez mais a sociedade, redes de apoio em torno desse projeto.

A crise da DINSAM, em 1978, situa-se como marco que se abre a denunciar as condições problemáticas em que se davam a assistência psiquiátrica no Brasil naquele momento. Neste sentido, o evento é marcador de um impulso a politização e fixação de uma agenda crítica pois é a partir dela que se reúne as condições de formulação do Movimento de Trabalhadores da Saúde mental, importante ator no processo de Reforma psiquiátrica que congregava em seus quadros profissionais do setor, médicos, enfermeiros, pesquisadores e simpatizantes, enfim, aqueles que mais se aproximavam da realidade desumana dentro dos muros do manicômio.

Animado por uma nova geração de trabalhadores de saúde mental, A RP foi sendo construída por quem vivenciava o cotidiano de violência das instituições, angustiados pelas contradições e questões que a

prática impunha, mas que, inspirados pelo clima político cultural, acreditavam na possibilidade de transformação. (YASUI,2006, p. 32).

As formas de atuação do MTSM desde sua fundação, revelavam seu caráter crítico e seu viés político, sua capacidade de capilarização em articulação com outros órgãos como CEBES (Centro Brasileiros de Estudos de Saúde), o incentivo à organização de comissões de saúde mental em alguns estados brasileiros, e fixação de uma agenda crítica para o setor. É desse período inicial o ato de entrada e politização de um evento que tinha matrizes conservadoras como foi no Congresso de Camboriú em 1978. O que importa ressaltar nesse momento é que

(...) o Movimento saiu do campo exclusivo da comunidade técnica e, com ele, a questão da loucura e da instituição asilar seguiram a mesma trajetória: o debate sobre a loucura saía do interior dos muros do hospício para o domínio público. **A loucura/doença mental deixava de ser objeto de interesse e discussão exclusiva dos técnicos e alcançava as principais entidades da sociedade civil (ABI, OAB, CNBB, CONTAG, FETAG, etc), e a grande imprensa,** que noticiava, com destaque e ininterruptamente por cerca de quase um ano, as condições relativas aos hospitais psiquiátricos e às distorções da política nacional de assistência psiquiátrica: a “questão psiquiátrica” tornara-se uma questão política” (AMARANTE,1996,p. 164). [grifos nossos]

A “Questão psiquiátrica” girava em torno de uma organização da assistência que se revelava distante dos objetivos que se pretendia terapêuticos, caracterizando-se como circuito institucional de custódia no lugar de assistência, além de abrir margem para garantia do lucro de interesses privado-corporativos que inundavam o subsector saúde mental de acordo com a forma em que era feito seu financiamento. Isto se dava pela articulação entre público e o privado materializada na forma de contratação de uma rede de leitos em hospitais privados.

(...) as internações psiquiátricas públicas no Brasil não são feitas exclusivamente nos hospitais públicos propriamente ditos (isto é, da União, estados ou municípios). A maioria delas é realizada em instituições privadas, que são para isso remuneradas pelo setor público. É o chamado setor conveniado ou contratado: hospitais privados que provêem a internação da clientela pública, mediante remuneração do estado.antes via INPS, depois Inamps, hoje pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (TENORIO, 2002, p. 33).

Ressalta-se, portanto, que nesse período inicial o que caracterizava aquela questão psiquiátrica eram os desvios, o quadro desumano e denúncias sob a forma em que se estruturava os serviços de saúde mental que orbitava contratação de

leitos privados pelo setor público, na forma de remuneração pelos atos de saúde, enfim, confluência de fatores que favoreciam a reprodução da privatização do setor.

A partir da década de 80, o que se observa é um estreitamento das relações entre algumas proposições das Reformas (Sanitária e Psiquiátrica) e o aparelho do Estado, possibilitado pela ascensão de governos progressistas em alguns Estados. NICACIO (2004) apoia-se em AMARANTE (1998) para caracterizar esse período como o de centralidade da “trajetória sanitária”, marcada por um investimento do movimento de reforma psiquiátrica vir ao auxílio de “[...] formular e operar propostas progressistas de intervenção, com ênfase nas orientações preventivistas e comunitárias, então difundidas pela Organização Panamericana da Saúde – OPAS.” (NICACIO, 2004, p. 39)

TENORIO (2002) assinala esse período como de maior articulação das estratégias da reforma psiquiátrica com o campo da saúde em geral, moldando àquela discussão “ à questão do aperfeiçoamento e da universalização dos dispositivos tradicionais a ampliação do direito à saúde como questão político-social. ” (2002, p. 33). No entanto, não se atacava os fundamentos ou a centralidade da estrutura hospitalar, e persistiu o quadro que revelava novas contradições e perpetuava-se antigas distorções operadas pela coexistência entre hospital e ambulatório, apesar.

Como na psiquiatria, ao contrário de outras especialidades da medicina, a indicação de internar ou não internar nem sempre é clara ou .cientificamente indiscutível, deixando a critério do médico e dos familiares do paciente uma margem grande de escolha; como o pressuposto disseminado no meio especializado e na sociedade é o de que lugar de louco é no hospício; e diante da rigorosa inexistência (hoje apenas minorada) de dispositivos de assistência intensiva alternativos à internação ., o sistema constitui um verdadeiro empuxo à internação, mesmo onde há boa-fé. (TENORIO, 2002, p. 34)

Amarante (1996) ressalta que a prerrogativa de mudança de modelo – da hegemonia do hospital para o ambulatório- é compreensível se referendado sob uma “nítida influência da psiquiatria preventivo/comunitária, onde o fio condutor do modelo proposto era a desinstitucionalização em sua versão norte-americana, isto é, entendida fundamentalmente enquanto medidas de desospitalização” (1996, p. 168)

Esta alternativa representava uma tentativa de avanço na reforma psiquiátrica, contudo terminou por revelar novas contradições, persistia

[...] a centralidade dos manicômios no cenário da assistência; a fragilidade dos processos de humanização dos hospitais psiquiátricos; a significativa presença de reinternações nos hospitais

psiquiátricos; insuficiência quantitativa e qualitativa dos denominados serviços extra-hospitalares; dificuldades da atenção ambulatorial efetivar alternativas reais à internação psiquiátrica hospitalar; a hegemonia cultural do asilamento psiquiátrico (NICACIO, 2004, 41).

O que viria do reconhecimento deste quadro, do acúmulo crítico anterior, seria a recolocação da crítica sob outras bases, fracassada intento de superação do manicômio pelo erguimento de uma rede extra-hospitalar, e a trajetória da desinstitucionalização vai se desenhando neste momento, e surge uma nova inflexão no processo de reforma.

A crítica ao saber psiquiátrico não mais se situava apenas no interior da disciplina, mas no conjunto das questões sociais, tendo como eixo condutor a exclusão e a cidadania. Fortemente marcadas pelo marco teórico conceitual da desinstitucionalização, as discussões realizadas naquele período indicavam uma ruptura nas trajetórias até então delineadas. **Articularam-se novas idéias e pressupostos como a desconstrução do manicômio, a construção da cidadania, o direito à diversidade.**” (NICACIO, 2004, p. 42) [grifos nossos]

Indicador dessa nova postura pode destacar o âmbito da I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em Bauru, espaço no qual houve uma radicalização da Reforma em termos políticos, com a cisão operada dentro do MTSM em torno de um abandono da “política da ocupação de espaços públicos” (AMARANTE, 1996, p. 170), e a consequente extensão dos objetivos da reforma, de modo a congregar novos atores envolvidos no processo. Amarante informa ainda que esse é o momento em que, em torno do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, o MTSM assume as características de um movimento social.

“Por uma sociedade sem manicômios” o lema surgido deste encontro de Bauru, expressava uma ruptura, tanto epistemológica, quanto estratégica que marcaria os anos subseqüentes, onde o eixo dos debates saía dos limites meramente assistenciais e, mais ainda, da simples oposição entre serviços extra-hospitalares *versus* serviços hospitalares, para a superação radical do modelo psiquiátrico tradicional, expresso tanto no manicomial quanto no saber médico sobre a loucura. (AMARANTE, 1996, p. 170)

Atenta-se para a importância de generalizar a questão da relação sociedade/loucura, como um campo estratégico sem o qual não se fixa bases sólidas para pensar em termos de direitos de cidadania para as pessoas com transtornos mentais, resguardados o respeito a sua condição singular calcada num horizonte de trocas sociais. Tratava-se de mais um incentivo à desinstitucionalização do próprio debate, das esferas sanitárias para a esfera social, é criado o MNLA (Movimento

Nacional da luta Antimanicomial) como agente aglutinador de pessoas em torno da agenda da reforma.

Estabelece um novo horizonte de ação: não apenas as macrorreformas, mas a preocupação com o ato de saúde, que envolve profissional e cliente; não apenas as instituições psiquiátricas, mas a cultura, o cotidiano, as mentalidades. E incorpora novos aliados: entre eles, os usuários e seus familiares, que, seja na relação direta com os cuidadores, seja através de suas organizações, passam a ser verdadeiros agentes críticos e impulsionadores do processo. (TENORIO, 2002, p. 35)

AMARANTE (1996) cita ainda um conjunto de experiências de desmontagens da estrutura manicomial, que datam de meados da década de 1980 e entram na posterior. Possibilitados pelo avanço progressista dos quadros da Reforma sanitária no aparato do Estado, num momento de discussão sobre a abertura democrática, alguns princípios de organização da saúde foram operacionalizados, tais como a descentralização dos sistemas de saúde como possibilidade para autonomia dos governos locais de intervirem em suas realidades.

É neste quadro que ele situa a intervenção, em 03 de maio de 1989, na Casa de Saúde Anchieta, clínica privada na qual houve notificação de diversas mortes e tratamento desumano dispensado a seus pacientes. A clínica foi desmontada e substituída por um Núcleo de atenção psicossocial (NAPS, experiência modelo que deu certo e mostrou na realidade que era viável a possibilidade de avanços na criação de uma rede de novos serviços sob princípios da Reforma Psiquiátrica, responsabilizando-se por um território. Os NAPS

[...] centros de saúde mental “fortes” isto é, com funcionamento ininterrupto (24 horas/dia-365 dias/ano), que são responsáveis por todo e qualquer tipo de demanda psiquiátrico-psicológico de uma determinada região geo-político-cultural da cidade que, neste contexto, vai ser denominada de território [...]. Os NAPS, ao contrário das versões até então conhecidas como “centro de saúde mental”, exercem um mosaico de ações que o caracterizam como estrutura complexa. Têm leitos de apoio para acompanhamento de situações de crise; atendem à demandas em residências, em locais de trabalho ou públicos; oferecem atendimento do tipo emergencial ou ambulatorial; respondem à várias demandas de caráter social e não apenas, como tradicionalmente reconhecidas, terapêuticas”. (AMARANTE, 1996, p. 171)

O NAPS fazia parte de um programa de saúde mental no município de Santos, neste sentido, articulava em torno de si um conjunto de propósitos que extrapolava a esfera da saúde mental ou da consecução de objetivos circunscritos ao âmbito

técnico-assistencial, de modo que vislumbrava maior inserção nas problemáticas presentes no território, atuando também como articulador de outras demandas que permeavam a vida dos seus usuários, como reinserção social por meio de iniciativas no campo do trabalho, do resgate dos direitos de cidadania visando possibilitar a relação dialógica entre loucura e cidade sobre outros patamares. Assim,

“[...]dever-se-ia procurar romper com a tradição de recorrer à comunidade tão-somente em busca de apoio nas situações de crise vivenciadas pelo Movimento, e procurar estabelecer com a mesma uma relação permanente e contínua, de apoio e participação regulares na construção do projeto de transformação. Neste sentido, na experiência santista, várias outras estratégias *não técnico-assistenciais* foram colocadas em prática. Como exemplos, o Projeto Tam-Tam, o Centro de Valorização da Criança ou as Cooperativas Sociais” (AMARANTE, 1996, p.171)

Anos antes, ainda em 1987, na cidade de São Paulo foi criado um serviço de tipo substitutivo o Centro de Atenção Psicossocial Prof^o Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS) que serviu de modelo para a expansão da rede ambulatorial em todo país. À diferença dos Núcleos, “o CAPS Luiz Cerqueira é uma unidade específica da rede pública do estado de São Paulo” (TENORIO, 2002). Trata-se de um serviço-dia que se baseia na oferta cuidados por meio de equipe multiprofissional, e uma gama de atividades terapêuticas de modo a oferecer maior diversidade de projetos terapêuticos que perpassam tanto a relação entre usuário-equipe, quanto usuário-atividades. AMARANTE (1996), TENORIO (2002) em profundidades distintas, situam a diferença entre o escopo desses dois serviços. Nos apoiamos em AMARANTE (1996), que situa as duas experiências à concepção teórica que lhes serve de base

[...] o CAPS nasceu como uma proposta que, entre o alternativo, o intermediário e o provisório, diferia substancialmente do NAPS por sua aceitação, mesmo que provisoriamente, do hospital psiquiátrico, o que, para o projeto no qual se inseria o NAPS seria inadmissível [...] o CAPS seria um serviço sanitário *sensu strictu*, com uma proposta terapêutica calcada no modelo médico/psicológico de análise, enquanto que os NAPS seriam serviços não apenas médicos, no sentido rigoroso do termo, mas assumidamente sociais e culturais (AMARANTE, 1996, p. 172)

O complemento “psicossocial” para nomear essas experiências tornam-nas assentadas em outros modos de conceber a prática em saúde mental em diálogo com contribuições teóricas do campo da saúde coletiva, e por outro lado situa-se no esteio de uma ruptura com pressupostos da psiquiatria tradicional. Yasui (2006) na

esteira das contribuições de Costa-Rosa (2000), opõe ao modo asilar- hegemônico até o início do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, o modo psicossocial cuja direção orienta

uma mudança na concepção do objeto, focado na doença, com uma decorrente prática centrada quase exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que busca superar as dicotomias saúde/doença, individual/social. Constituiu um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa perspectiva, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade. (YASUI, 2006, p. 96)

Neste sentido, CAPS e NAPS devem se sustentar em outras bases, paradigma diverso daqueles orientados no antigo modelo asilar-hospitalocêntrico. As novas práticas devem orientar-se para um estreitamento do diálogo com o território, composto de potencialidades inscritas no cotidiano de vida da população, por princípios como responsabilização pela demanda. Sobre as condições que permitem apontar a direção rumo a consolidação de um “novo paradigma do cuidado em saúde mental” (ROMANHOLI, 2006, p. 91), YASUI destaca

é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a transformações radicais em quatro âmbitos: concepção do objeto e dos meios de trabalho; concepções das formas da organização institucional; formas do relacionamento com a clientela; e concepção dos efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos (...) (YASUI, 2006, p. 96-7)

Neste sentido, o novo paradigma trata de reposicionamento dos sujeitos, e de seu sofrimento, tomados como detentores de direitos de cidadania, participe de uma teia de relações que precisam ser potencializadas. Além disso, os novos serviços que nele se fundamenta preza pela construção de relações horizontais entre equipe, usuários e serviços, e entre estes e as política de saúde, em suma: “ participação, autogestão e interprofissionalidade são as metas radicais; ” (YASUI, 2006, p. 97). Outro ponto diz respeito a relação com a clientela de modo a que os serviços se situem como pontos de diálogo e interlocução com a população. Por fim, a ética que orienta o novo paradigma remete à centralidade da afirmação de amplas possibilidades do ser, a positivação da singularidade como modos de existir no mundo.

É válido ressaltar, que implícito em todas esses aspectos que caracterizam o modo psicossocial que vai se orientando com o avançar da reforma está o dimensionamento ótimo das relações do serviço com o território

“Para que essas proposições não existam apenas como discurso, é necessário que os novos serviços se insiram no território não apenas como recursos técnicos para responder aos problemas de saúde, mas que também assumam seu papel político sempre presente, tornando-se dispositivos de produção do novo: novas formas de trabalhar em saúde, novas formas de cuidar, novas formas de vida e de viver” (ROMANHOLI, 2004, p. 92)

Outras áreas de iniciativa ainda nesse período de fins da década de 80 que podemos destacar como significativa para o avanço da Reforma psiquiátrica é a elaboração do projeto de lei nº 3657/89 de autoria do Deputado Paulo Delgado. Instrumento legal que traduzia aspectos importantes da assistência psiquiátrica sob novas bases, na medida em que dispunha “sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória” (AMARANTE, 1996).

Não é nosso objetivo adentrar nas especificidades do texto do projeto, mas indicar que ele teve o mérito de congregar outros atores (Associações dos familiares e usuários), e mobilizou novas contradições no campo político. Processo que culminaria na lei 10.216 de 2001, que “dispõe sobre os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental” (BRASIL, 2001). Em relação ao texto inicial, algumas modificações que incidiram em alguma medida no nível de rompimento com os interesses privatistas no setor, mas que ainda assim se apresenta como avanço na consolidação dos ideais da reforma.

Ainda sobre os aspectos jurídicos, outras normativas foram sendo lançadas ainda na década de 90 dando margens a se pensar na consolidação de algumas experiências em torno de uma construção de uma Política Nacional de Saúde mental. Indicamos a portaria 189 do Ministério da Saúde, de novembro de 1991, e a portaria 224/92. Ambos instrumentos legais significam modificações a nível operacional e técnico-assistencial assegurados. A primeira dispõe sobre a remuneração de novos serviços tais como os efetuados nos novos CAPS/NAPs, procedimentos que não orbitam nos moldes tradicionais como Oficinas terapêuticas, visitas domiciliares etc. Além disso, a portaria de 224/92 normatiza, e caracteriza a existência dos novos serviços extra-hospitalares.

Esse conjunto de iniciativas orientam-se para garantia ou redimensionamento do financiamento público e investimento das ações em saúde mental em torno das Equipamentos, serviços e concepções e relações maturados no processo da Reforma Psiquiátrica, e representam a sua institucionalização. De um ponto de vista

global, o processo que tentamos traduzir nesse tópico contempla dimensões diversas, mas que estão imbricadas entre si e se apresentam desenvolvimentos diferenciados desde final da década de 70. Longe de tentarmos reconstituir o processo complexo da reforma, sinalizamos momentos e fatos, e ideais significativas sem as quais não podemos pensar na reforma psiquiátrica bem como avançar a segunda parte deste trabalho.

1.4. O CAPS E A EMERGÊNCIA DE NOVAS PRÁTICAS DE CUIDADO NO TERRITÓRIO

Quase 40 anos após o que se convencionou, na literatura sobre o campo, como marcos para o processo de Reforma da assistência psiquiátrica no Brasil, um fato se coloca diante de nós. É inegável que houve avanços em diversas eixos problemáticos, como foram sinalizados anteriormente. No entanto, há a persistência no seu elemento mais visível e palpável, qual seja, as modificações no âmbito técnico-assistencial, de reorganização e ampliação dos limites do que se convencionou entender como atenção e cuidado à saúde mental, bem como sobre os processos de trabalho neste campo.

Neste sentido, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se põe nessa nova realidade, como tendência à consolidação um projeto, de uma nova forma de tratar a questão referente ao sofrimento psíquico, à promoção de saúde mental, se tornando – não sem as devidas críticas- elemento central da Política Nacional de Saúde mental. Isto foi possível graças a um acúmulo teórico-conceitual que põe em cena princípios e diretrizes alinhados ao emergente modelo psicossocial, movimentos na esfera da política e legislação – sendo a lei 10.216 de 2001 um marco importante— que vão redirecionando o financiamento à novas práticas e equipamentos alinhados com outros princípios diversos do antigo modelo manicomial/asilar, centrado na figura do hospital e saber médico.

Linhas específicas de financiamento são criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos são criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país. A partir deste ponto, a rede de atenção diária à saúde mental experimenta uma importante expansão, passando a alcançar regiões de grande tradição hospitalar, onde a assistência comunitária em saúde mental era praticamente inexistente. (BRASIL, 2005)

A partir do ano de vigor da lei 10.216, de reforma psiquiátrica, conforme o supracitado relatório há uma modificação sensível no modelo de atenção que pode ser lido em números, e confluem para um duplo movimento de reforço à nova tendência de tratamento no território, com a estruturação de serviços extra hospitalares, e maior rigor na fiscalização das condições de funcionamento dos antigos hospitais conveniados no setor privado, e conseqüente fechamento de leitos advindos desse processo.

Segundo dados do Ministério da Saúde¹, em 2013 existiam em todo país, um total de 1670 serviços de tipo CAPS, dos quais: 788 CAPS I; 424 CAPS II; 56 CAPS III; 268 CAPSad e, por fim, 134 CAPSi². Esse quantitativo revela a supracitada tendência de reforço a centralidade deste tipo de serviço ambulatorial. No entanto, focaremos um pouco em que novas dinâmicas ela gera na realidade, principalmente de municípios de pequeno porte, de 20mil a 70 mil habitantes, como o que foi utilizado como lócus de observação que compõe a segunda parte desse estudo.

Primeiramente, o CAPS se propõe ao tratamento no **território** mediante a **tomada de responsabilidade** por toda a demanda referida ao mesmo. Segundo OLIVEIRA (2004), os dois conceitos destacados serão eficazes se referidos um ao outro, como princípios da nova assistência. A partir dessa articulação que podemos pensar em termos de uma assistência que produz saúde, e novas relações sociais, novas formas de lidar com a loucura.

a introdução da discussão de território traz um caráter bastante inovador para as políticas públicas de saúde mental, que deixam de preconizar apenas o não-isolamento em instituições, a não-segregação, não-violência, não-cidadania, mas sim a busca da transformação das relações sociais no sentido de transformar as práticas de cidadania (OLIVEIRA, 2004, p.16)

A base de sustentação teórica, e até mesmo empírica, que insinua a articulação destes conceitos está situada no fato de se criar mecanismos de responsabilidade do serviço de modo que de institucionalização não se confunda

¹ Dados disponíveis em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>, acessado em 15 de julho de 2016.

² Ver a portaria Nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011, do Ministério da Saúde;

com desassistência. Responsabilização pela vida dos usuários destes serviços, considerando a demanda em toda sua complexidade de relações.

Fato é que a reorientação para o modelo de atenção psicossocial supõe a construção de outro lugar social para as pessoas com sofrimento psíquico, e coloca novas tensões no campo político, dos direitos à cidade. Território, neste sentido, não pode ser entendido em seu sentido de somatório de pessoas, mas como espaço vivido, cenário de lutas, de ideias historicamente criadas e cotidianamente reproduzidas. Embasadas em importantes contribuições teóricas-políticas do geógrafo Milton Santos,

Território é aqui entendido não apenas como a configuração de um espaço geográfico, mas referido às forças vivas de uma dada comunidade, com sua cultura, seus problemas, suas prioridades e potencialidades locais. O espaço, sobre o qual a ação da Reforma Psiquiátrica vai incidir, está intrinsecamente ligado a este conceito. **Um serviço substitutivo deve necessariamente ser pensado como um dispositivo que tece (no sentido de trabalhar a urdidura e a trama) e ativa de uma rede de cuidados.** (YASUI, 2006, p. 93) [grifos nossos]

Tomado como princípio operativo e lócus do cuidado em saúde mental no âmbito do CAPS, o trabalho no/com o território pode ser entendido como componente estratégico, colocando como objetivo de a forma assistência não reatualizar os qualitativos de controle social que caracterizou certas propostas como da Psiquiatria comunitária americana. A partir desta compreensão podemos atrelar também a necessidade de atentar para o local como plano para ação micropolítica, pois o território se situa no ponto de mediação entre determinantes estruturais e uma certa virtualidade dos lugares (SANTOS apud OLIVEIRA, 2004, p. 93) e como lócus de resistência no cotidiano, como algo dinâmico e espaço político. Para tal,

Admitir, a partir do lugar do território, a visão do mundo como globalidade é possibilitar a produção da informação que não se repete, mas emerge, original e nova, como propriedade de uma distribuição cultural que caracteriza, potencialmente, todos os territórios. Ou seja, é necessário que o cotidiano de todos os lugares não esteja impregnado pelas imagens que decorrem de uma circulação da informação global, mas, ao contrário, seja capaz de produzir imagens de modo constante e contínuo; seja capaz de transformar a experiência do cotidiano em fonte de informação capaz de ensinar a mudar comportamentos (FERRARA apud OLIVEIRA, 2004, p. 93-4)

Outra concepção que compõe o modelo de atenção no qual o CAPS está inserido, coloca-o como local de diálogo e articulação entre sociedade e loucura, de

modo a mapear possíveis parcerias que possam compor o cuidado no território, repartindo-se as responsabilidades entre novos agentes promotores do cuidado. Deste modo,

Os agentes serão os coletivos, mais do que as equipes multiprofissionais que apenas se constituem de profissionais compartilhando um mesmo espaço. Serão os cuidadores de distintas profissões e de distintas instituições que se propõem a articular e construir/inventar esse dispositivo de cuidado. E mais além: serão os familiares, os amigos, os colegas da escola, do trabalho, enfim, todo aquele que se puder implicar nesta ampla rede de cuidados. (YASUI, 2006, p. 103-4)

O cuidado que se opera sob esta outra projetualidade supõe práticas que articulem as forças, saberes, as vontades de sujeitos singulares, coletivos que vão além daqueles circunscritos à esfera sanitária. Neste contexto, os próprios limites da clínica são tensionados, e segundo YASUI (2006), caminha-se no sentido “uma clínica do encontro, da invenção e da produção de sentidos”. Esta concepção faz avançar os princípios da interdisciplinaridade e intersectoralidade que caracterizam em novas práticas de cuidado, os processos de trabalho nos novos serviços CAPS, mas circunscrito às fronteiras sanitárias e institucionais. É neste ponto de intersecção entre a forma como se organiza o cuidado (técnico-assistencial) e ações no modo de relação da sociedade e loucura (sociocultural).

Há, no entanto, na forma como se tem sido implantado esses serviços um conjunto de reflexões que podem ser formuladas em termos de desafios à prática no seio desse processo contínuo de Reforma. Primeiramente há uma identificação entre avanços daquele processo com uma lógica quantitativa, que em outros termos atrela-o ao número de serviços do tipo CAPS, ou restringe-o à modificações no campo técnico-assistencial, que limitam o sentido do cuidado

À medida que investimos prioritariamente na ampliação da rede de serviços assistenciais estamos trabalhando com uma concepção muito limitada de rede, estreitando o circuito por onde a loucura pode transitar, estamos tomando-a como objeto da saúde, criando poucas possibilidades de reinserção social e de co-responsabilização pelas diversas políticas públicas” (DIMESTEIN & LIBERATO, 2009, p. 5)

Em lugar disto, é necessário que se reconstrua o debate situando o carácter relacional entre os campos da Reforma Psiquiátrica como “processo social complexo”, a potência de um movimento social que constrói o cuidado por meio de proposições e práticas que orbitam à organização da assistência, as legislações sobre o assunto, os conceitos valores e princípios empregados no cuidado, e promova novos lugares para o sujeito com sofrimento psíquico.

As mesmas autoras citam a tendência à massificação da experiência CAPS em todo cenário nacional, movimento acompanhado por uma nova ordem de cronicidade, visto a forma como estes serviços se fecham em torno de si e pouco se penetram no território. Como resultado, o que se percebe na forma que a reforma assume nos contextos locais é

a cronificação provocada pela falta de articulação de diferentes serviços e apoios sociais, culturais e assistenciais produz efeitos danosos, tais como a sobrecarga dos operadores de saúde, a burocratização das práticas e o fomento de uma rede que, ao invés de ser acentrada, com múltiplas conexões [...] Assim, ao contrário dos princípios de desmanicomialização, vão construindo-se outras segmentações que apartam, ou pelo menos, dificultam, os encontros com a diferença. (DIMENSTEIN & LIBERATO, 2009, p. 9)

Por outro lado, é válido refletir sobre os imperativos que tem requisitado a instalação dessa estrutura CAPS – em detrimento do posicionamento desse serviço alinhado à uma estratégia consoante à RPB— em todo território nacional, mais atrelado à organização de um equipamento, estrutura física, do que da formulação de estratégias, planejamento das ações no campo bem como relação com o território enquanto lugar de promoção do cuidado, barrando os avanços da RPB para além da organização da assistência. Sobre os imperativos para a implantação da estrutura CAPS,

Contudo muitos municípios encontraram, nos procedimentos de saúde mental, uma oportunidade para aumentar os recursos financeiros repassados à saúde, devido ao seu elevado valor, comparativamente aos outros da tabela de remuneração do SUS. Ou seja, estavam mais preocupados com as finanças municipais do que em implantar um modelo de assistência em saúde mental. (YASUI, 2006, p. 51)

Consideramos, portanto, que as formas de cuidado que se operam com a reorientação da assistência à saúde mental para o modelo psicossocial, consoantes com os horizontes que foram postos pela RPB só podem ser eficazes se houver um reposicionamento do CAPS enquanto agente estratégico, em seu papel de articulador de forças que perpassam pela contribuição de diversos atores do campo sanitário, institucional, e de uma forma mais ampla. É necessário refletir sobre a fragmentação desse processo de Reforma, de modo a reconstruir a complexidade do cuidado ao sofrimento, e invenção de novas relações sociais que, não desconsiderando a necessidade do ato de saúde, extrapole a clínica e promova a invenção de novos sujeitos e novas relações sociais para com o próprio sofrimento.

PARTE II

Nesta parte de nosso trabalho procederemos a aproximação à esfera do cotidiano enquanto momento singular do acontecer histórico, que pode ser apreendido tanto na sua dimensão da reprodução de valores, modos de ser e agir, quanto na de condição para rupturas. Aqui o plano de análise se volta para o dia-a-dia de um serviço de saúde, na tentativa de recompor a sua riqueza, ligando a determinações que são colocadas por outro tempo, histórico. CARVALHO(2000) nos diz que “a vida de todos os dias não pode ser recusada ou negada como fonte de conhecimento e pratica social” (2000:p. 15)

Ao se debruçar sobre o tema da Cotidianidade enquanto substrato da História, Heller (HELLER, 2008) nos orienta no sentido de que existem formas de pensamento, de atividade, de sentimentos, emoções próprios dessa esfera do “acontecer histórico”, que cumprem a função de reprodução da sociedade. Não há como fugir, ou desprender-se totalmente dessa esfera da vida, de modo que todos os sujeitos estão aí inseridos.

No entanto, é possível operar a suspensão desse movimento cotidiano – que age buscando sua auto reprodução – mediante a algumas atividades que ligam o homem “comum” ao ser genérico cujo o pensamento e ação extrapola ao imediato. Essa suspensão, no nosso caso específico do estudo, acena para o redimensionamento das ações do dia-a-dia dos serviços, requalificando-os e inserindo-os com os acúmulos teóricos-conceituais, jurídico-políticos, técnico-assistenciais e socioculturais da Reforma Psiquiátrica, de forma a recompor a prática social neste campo. A suspensão se realiza

Quando se rompe inteiramente com a cotidianidade, quando um projeto, uma obra ou um ideal convoca a inteireza de nossas forças, e então suprime a heterogeneidade. Há nesse momento uma objetivação. A homogeneização é a mediação necessária para suspender a cotidianidade. (CARVALHO, 2000, p. 27)

No entanto o cotidiano é a esfera do saber, e das ações fragmentadas. É também o tempo do local, entendido nos termos já sinalizados na primeira parte do trabalho. Mas pensamos que quando insistimos em tomar o sofrimento e o cuidado em sua complexidade, estamos a requerer a homogeneização da reflexão/pratica

atrelada a um projeto que acena para outros valores, uma outra ética, uma outra sociedade que lide de forma diversa com o sofrimento, com a diferença.

Para tentar captar as dinâmicas tal qual se desenvolvem no cotidiano lançamos mão a aproximação gradativa de um CAPS-I possibilitadas pelo estágio em uma unidade desse tipo em uma cidade de pouco mais de 30mil habitantes, marcada pela proximidade das relações sociais. No período de inserção em campo, lançamos mão das técnicas da observação participante de modo a desvelar as dinâmicas presentes na relação entre usuários, familiares, serviço e entorno.

As questões que se insinuam nas entrelinhas dessa parte do trabalho se revela desta forma: Qual tem sido possibilidade dos CAPS articular invenção, criatividade ou uma apropriação de suas estruturas, equipamentos e saberes em novos modos de relação com o seu entorno de modo reinserir a “loucura” no cotidiano do território cuja responsabilidade lhe compete, e requalifica-la como lugar de outros possíveis? Aliás, de que forma tem acontecido a realização da Reforma Psiquiátrica no cenário local?

2.2. APROXIMAÇÕES AO COTIDIANO DE UM SERVIÇO SUBSTITUTIVO

2.2.1. BREVE CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO

A cidade no qual se localiza nosso campo de estágio e observação está localizada no recôncavo da Bahia, distante a 110km de Salvador, capital do Estado da Bahia. Seu presente é marcado por traços do passado colonial e escravista, que se insinua nos seus casarões, monumentos, nas variadas formas de expressão artística, e na conformação das demandas sócio raciais no cotidiano, o que vai reverberar no perfil de nossa demanda.

Segundo o último senso do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), de 2010, estima-se sua população em 32.035mil habitantes, de maioria afrodescendente, distribuídos em 7 distritos e sede. Esses dados geográficos aliados a observação de uma demanda potencial para o serviço CAPS, possibilitam à Prefeitura requerer financiamento junto ao Ministério da Saúde, de modo a construção e manutenção de uma estrutura mínima de atenção à saúde mental. Isto

se materializa na fundação, em 20 de dezembro de 2006 do seu Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Fundado em 2006, o CAPS-I passou por uma reforma em sua estrutura física em meados de 2014. A unidade tem funcionamento de segunda a sexta, de 8hs às 16Hs, e atende a demandas relacionadas à saúde mental, consonantes com as normatizações de dimensionamento da demanda de um CAPS-I. No entanto, por conta das características do território seu funcionamento abarca uma demanda oriunda de relações abusivas com álcool e outras drogas.

A estrutura física é nova, recém-reformada, e funciona num prédio compartilhado com instalações do SAMU, em sua área externa. Temos uma descrição do espaço físico, este mais fácil de caracterizar:

- Recepção: localizada logo à frente da porta de Entrada;
- Farmácia, consecutiva à entrada, com espaço reservado à administração de medicamentos, e outra à distribuição de fármacos;
- Sala de Espera, o local onde acontece atividades como socialização de informações, bate-papo com os usuários;
- 1 cômodo, com banheiro, em que fica localizada a Coordenação;
- 1 cômodo em que concentra o Arquivo;
- 2 banheiros, feminino e masculino, dos usuários;
- 2 consultórios, Médico Psiquiatra e, outro para Psicologia e Serviço Social;
- 1 sala com mesa ao centro e cadeiras, onde são concentrada uma parte das atividades e oficinas;
- 1 sala com carteiras, mesa, televisão onde acontece reuniões de família, atendimentos, e oficinas terapêuticas;
- 1 cozinha, onde são preparadas uma parte das refeições dos usuários e equipe profissional;
- 1 refeitório, espaço consecutivo à cozinha, onde são servidas as refeições;
- 1 banheiro para os funcionários da unidade;

A sua equipe multiprofissional conta com a presença de: 1 (uma) psicóloga, 1 médico psiquiatra; assistente social; 1 artesã e educadora física; 1 enfermeira; 1 psicopedagoga; 1 copeira; 1 auxiliar de Serviços Gerais; 2 recepcionistas; 2 seguranças; 1 aux. de farmácia; e por fim, Coordenadora.

Para manutenção de boa parte do quadro de funcionários, o regime de trabalho está baseado no Contrato de Trabalho, que incide na qualidade do trabalho na medida que introduz na relação profissionais-CAPS elementos de instabilidade com relação à capacidade de aglutinação em torno de planejamento de ações, sem o qual não podemos falar em um programa para saúde mental no município em questão.

ROBAINA (2010) vem em nosso auxílio quando a reflexão se centra nas consequências deste tipo de vínculo empregatício para a qualidade das atividades e respostas profissionais nos serviços substitutivos. Em suas palavras,

A multiplicidade de vínculos (servidores públicos, terceirizados, contratados por ONGs, cooperativados, voluntários...) compromete a organização dos trabalhadores, impactando a equidade de direitos e a democratização das relações com nítidos reflexos na perspectiva de constituição de práticas interdisciplinares. A flexibilização dos direitos trabalhistas provoca um desnivelamento no que se refere à estabilidade no emprego, carga horária, salário, mobilidade na carreira — como resultantes, pode-se apontar a rotatividade dos trabalhadores, acúmulo de empregos, desinvestimento em educação continuada e na produção de novas tecnologias, entre outros. (ROBAINA, 2010 pg. 348).

Esse processo de precarização do trabalho parece colado à um receituário neoliberal que ao propor diretrizes macro políticas assentadas numa flexibilização da regulação do trabalho, tem repercussões diretas no nível micro, na autonomia dos profissionais e no caráter dos projetos profissionais.

Verifica-se, pois, uma tensão entre o trabalho controlado e submetido ao poder do empregador, as demandas dos sujeitos de direitos e a relativa autonomia do profissional para perfilar o seu trabalho” (CFESS ,2009, pg. 17)

Voltando à breve caracterização do CAPS-I em questão, temos que dentre sua demanda, afastada a atração por caracterização nosógrafa ou baseadas em CID ou DSM, mulheres e homens negros, desempregados (as), habitando em condições precárias e em sua maioria na zona rural do município, confirmando as relações íntimas entre exclusão social e saúde mental. Situa-se como mais uma porta de entrada não só de um dado circuito institucional-sanitário, mas de possibilidade de entrada num circuito de cuidados em que se deveria conjugar assistência em saúde, em todos os níveis, usufruto de bens culturais, assistência jurídica, etc. ou, apenas escuta.

O CAPS-Ana Nery é um equipamento da saúde mental que é gerido pela secretária municipal de saúde, e depende do repasse de verbas do município, do Estado e União, cabendo ao município a aplicação desse montante na implementação/manutenção dos serviços substitutivos em saúde mental, desde a construção/manutenção de uma estrutura física mínima, salário da equipe multiprofissional, gastos com materiais.

Atualmente, o CAPS-Ana Nery conta com, aproximadamente, um total cadastrado estimado em 4200 usuários de seus serviços. Destes, uma parcela se apresentam diariamente na unidade, de forma livre e autônoma, para participar das oficinas terapêuticas.

2.2.2. OBSERVAÇÕES ACERCA DO COTIDIANO DO CAPS-1

“A cotidianidade traz o ‘desfamiliar’ e desvela. Desvelando, a razão é incessantemente interrogada. O lixo interpela a razão e a faz falar sobre os modos de morar, modos de sentir, sobre modos de calar. Fazendo falar a razão por meio do “desfamiliar”, a meditação dificilmente será imóvel, assim como a vida, ou talvez o humano” (BAPTISTA, 1999, p. 99)

Minha aproximação às questões referentes ao campo da saúde mental se deu no estágio curricular como estudante de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo, o que significou a minha entrada dentro de um circuito institucional. No entanto, antes mesmo de adentrar as estruturas de um serviço substitutivo e suas dinâmicas, a questão da “loucura” já fermentava em minha mente alguns questionamentos e ligeiras impressões.

Recordo que ainda no contexto de chegada à cidade em questão, saltava aos olhos a quantidade de pessoas vagando a esmo nos dias em ruas, ou nas madrugadas frias em busca de viver um tempo/espço que não condizia com o da localidade. Singularidades que não eram idênticas entre si, mas que comungavam o lugar-comum de serem abordadas pelos olhares de enquadro que caracterizam nossa forma de racionalidade, que tende a pôr em algum lugar tudo aquilo que nasceu para ser livre. Era também comum a boa parte deles o sofrimento, o local de exclusão, incompreensão que habitavam: periferias físicas, periferias emocionais, psicológica, periferias tempo/espaciais.

Traços daquelas histórias, ou pelo menos indícios de boa parte delas, davam conta de insinuar uma relação entre a trajetória entre o “adoecimento” ou sofrimento psíquico, e a falta de cuidados. Desvelavam rupturas familiares, versam sobre abandono, apreensão do transtorno como incapacidade de ocupar certos espaços, sobretudo da saúde.

Em parte de alguns casos, os relatos da comunidade incluíam à falta de cuidados aqueles baseados em terapêutica religiosa, que viriam a restaurar o equilíbrio da pessoa. Em caso de falta de cuidados, o desequilíbrio era perfeitamente compreensível, segundo a lógica de um sem-número de pessoas da cidade. Este fato, somado a outros que viriam depois, me indicaram a pensar que aspectos religiosos do candomblé – presença expressiva na cidade- permeavam o imaginário do território, sobretudo em temas como a saúde mental. Incidem por meio de representações acerca do sofrimento, ou circuitos terapêuticos alternativos, que não podem ser menosprezadas quando se trata de promoção à saúde.

Esses aspectos acima expostos foram uma espécie de bagagem de impressões a qual eu carreguei na entrada ao território “CAPS-I”, quando do início de meu estagio no segundo semestre de 2014. Característica da minha chegada foi a falta de tino para questões e relações institucionais, em meu primeiro dia de apresentação à minha supervisora, equipe e usuários. O que me fez sossegar foram os olhares complacentes dos usuários que insinuou desde o primeiro contato uma certa cumplicidade. Talvez o meu cabelo “dreadlock” insinuasse uma quebra com a ordem presente no serviço. Fato é que fui abraçado e desde o início fui bem acolhido pelos usuários intensivos da unidade.

Meus dias de estagio e observação do CAPS-I eram às segundas e terças, dias em que a minha supervisora trabalhava na unidade. Logo na primeira semana tive indícios de que se o substantivo cuidado tivesse gênero na realidade, era feminino. Mulheres negras, mães, irmãs, filhas, acompanhantes ou diretamente usuárias do serviço. São as representantes da família dentro do CAPS-I, elo de transmissão de cuidados, de informações acerca da terapêutica, de marcação de consultas, de encaminhamentos para outros serviços, veículo de informações sobre o quadro clínico.

O provedor de cuidados, com frequência a mulher, tem que ter uma disponibilidade temporal, periódica ou indefinidamente, para exercer

o seu papel. Então, para satisfazer as necessidades especiais do portador de transtornos mentais [...] a mulher tem seu espaço de vida invadido pelas demandas de provimento de cuidado. Tem seus projetos pessoais obstruídos pelas necessidades de prestar cuidados, ao ter que investir emocional, temporal e economicamente [...] Assim, a família e a mulher tornam-se temas confluentes, pois é no interior do grupo familiar que o papel feminino é internalizado e requisitado socialmente, e é nesse espaço social onde o provimento de cuidado se desenvolve, na tensão entre afirmação e negação de individualidades e do cotidiano como espaço político de relações construídas e reconstruídas” (ROSA *apud* CAMPREGHER, 2009, p.60)

Portanto, sua condição se apresentava como dupla: ou cuidadora ou singularidade que demanda ser cuidada pelos serviços. Através de visitas domiciliares, reuniões de família, intervenções acerca das tensões familiares que geravam sobrecarga, e até mesmo sofrimento.

Observei que, ao contrário, a família era anulada em torno de conflitos, ou até mesmo de possibilidades de toma-la como elo, ator social, de um processo de tomada de consciência de problemas que coabitam com os de esfera estritamente clínica, caracterizando a relação da equipe junto à família de modo unidirecional: a equipe molda a família munindo-a com procedimentos de administração de remédios, mas simulam uma escuta, na medida em que dinâmicas familiares que se repetem não tem o poder de gerar ações mais qualificadas, como poder de agregação dos sujeitos envolvidos, e de proposição e invenção de outros possíveis caminhos que não os assentados no saber médico.

Neste particular, não posso deixar de traçar um paralelo entre o rico papel desempenhado por esse ator social, pelas associações de familiares dos usuários no contexto do movimento de Reforma Psiquiátrica, além de forçar os limites desta configuração de seu papel como mais um objeto implicado nas ações em saúde mental, quando a história nos informa o seu papel de protagonista.

Eram nos dias em que eu estava em campo também que notava maior movimento na sala de espera do CAPS-1, serviço nervoso, burburinhos, conversas atravessadas. Esta dinâmica fora percebida ainda nas primeiras semanas de estagio e foram gerando curiosidade. Não foi difícil, e nem tampouco penoso, pra mim descobrir que o que a gerava era o imperativo psiquiátrico: a busca por respostas que em muito contrastava com a proposta de um modelo de atenção psicossocial.

O CAPS tinha por obrigação de acolher e oferecer resposta a todos os tipos de demanda que chegasse, fazia-o através do primeiro momento de acolhimento. Fazíamos – qualquer profissional da equipe – uma pequena triagem para tomar ciência sobre o modo de vida do(a) usuário(a), nos aspectos socioeconômicos, bem como abarcando informações que dessem conta de indicar o seu “problema”. Neste ponto, bastante esclarecedor foram os episódios em que alguns profissionais da equipe, tentando sanar dúvidas minhas a respeito desta triagem, sugeriam um certo roteiro de perguntas, atentando para uma certa burocratização/normatização/acomodação de procedimentos.

Cada profissional parecia encarnar um objetivo específico dentro do processo de trabalho no CAPS. Neste sentido, imprimiam uma certa contribuição ao roteiro de produção de uma história dentro do serviço: aos “psi”, importavam as perguntas relativas a sintomas, quadros psicológicos, aos sociais eram imprescindíveis dados socioeconômicos. A articulação entre essas esferas era feita de forma bem particular, sem interpenetração/dialogo entre os saberes, tais como sugere uma transdisciplinaridade que orientam o trabalho em saúde mental -- já sob outro paradigma que não o tradicional-- e não diferente deveria balizar o cotidiano do CAPS.

Não são apenas diferentes disciplinas que olham para um mesmo objeto. Há que se abrir às fronteiras e fazer circular, **transitar** conceitos e categorias, **transmudar** os olhares dos sujeitos, **transformar** nossos modos de pensar, nos **transformarmos** nesse processo de construção. Inspirado em Edgar Morin, trata-se do desafio do pensar complexo. (YASUI, 2006, p. 138). [Grifos do autor]

Além disto, esta “descomplexificação” do ato de cuidar em saúde mental caminhava no sentido de tendências que historicamente acompanham o campo em questão, acomodando-as em uma realidade preta de acomodação. Ora, quando eu observava que às terças e quartas-feiras o serviço se enchia de gente pois era o dia que estava previsto no contrato com esta especialidade (que encarnava ali um conjunto de saber/poder institucional), não pode deixar de pensar em quanto a reforma psiquiátrica precisava de força para sair do projeto proposto para a realidade palpável, observável. Não podia, ademais, deixar de pensar que todos que perfaziam aquele circuito – sala-de-espera / consultório psiquiátrico / caminhos da vida, poderiam sair pensando em termos de **cura** para seus **problemas**, passava necessariamente pela ingerência da hegemonia do saber psiquiátrico, sob a forma

de administração de antidepressivos, calmante etc. Não podia deixar de pensar em Psiquiatrização do Social (AMARANTE), tanto tempo após os avanços da Reforma.

A mim foi possível ainda perceber uma certa divisão interna do trabalho dentro do serviço. Certo dia ao observar os informes na sala de espera notou um quadro esquemático, marcando em colunas os dias da semana, turnos dos dias, nome/área do profissional e atividades a serem executadas. Podia-se ler, por exemplo: as segundas, serviço social 1 oficina pela manhã. Me foi explicado pela supervisora que fora uma determinação da coordenação, e que teríamos que cumprir uma espécie de meta, quantidade de atividades que fazem parte do cotidiano do serviço. Constava entre elas a realização de salas de espera, reunião de família, oficinas terapêuticas, assembleia com usuários.

O espírito da burocracia é o segredo de sua competência, guardada pela hierarquia, pelo caráter fechado da corporação burocrática. O princípio efetivo da burocracia é o *culto à autoridade*, que constitui a mentalidade burocrática por excelência, em contradição com o sistema de saber. A representação idealizada das altas esferas se materializa no reclamo à sórdida obediência passiva aos mecanismos da atividade fixada em formas e rotinas (LEFEBVRE *apud* IAMAMOTTO, 2009, p.17-8) [grifos da autora]

No tempo em que me foi designado desenvolver a sala de espera, já conseguia reunir uma quantidade boa de informações acerca do serviço, de algumas demandas que cercavam o CAPS e sujeitos que se inseriam ali, e muitas ideias permeavam minha cabeça. Me foi explicado pela supervisora que aquele era um momento de troca de informações com as pessoas que esperavam por atendimento, e ficou por minha conta fazê-lo. Aconteceu que a atividade fora indicada num dia em que o serviço não tinha muita gente – dia em que o psiquiatra não fazia atendimento. Logo na chegada para o meu dia de estágio eu percebi isto, e argumentei com quem deveria. O resultado foi que fui “convencido” de que deveria fazer assim mesmo, pois estava discriminado no cronograma semanal que fizéssemos a “sala de espera”.

Na única reunião de família na qual pude estar presente, desenvolvemos uma atividade que objetivava reacender o debate articulando eixos como cuidado/família/CAPS/cidadania. Lançamos mão de um curta-metragem para servir de reflexão sobre o modelo manicomial que caracterizava a antiga assistência, e pensamos em desenvolver o assunto até reafirmar a importância da conjugação de esforços entre usuário/família/CAPS.

Contamos naquele momento de reunião com cerca de 6 familiares, dos quais uma se negou a participar diante da decisão da equipe de colocar os usuários intensivos para participar também do momento de troca. Este caso isolado comporta uma gama de reflexões, que poderiam ser desenvolvidos em termos de uma espécie de “contagio” simbólico entre a loucura e a normalidade, entre o CAPS enquadrado como “lugar de doido” e a cidade/território, revitalizando antigas representações que permeavam o universo da loucura e suas formas de tratamento. Em outros momentos, conversando com familiares na sala de espera eu pude captar esses discursos que falavam sobre os sentimentos de estar naquele local, pessoas verbalizando que passavam mal só de estar ali dentro. Os conteúdos, sentimentos em relação à “loucura” e seus lugares devem ser contextualizados, em relação ao território que os propõe, e não pude deixar de notar nexos presentes no universo religioso, muito presente na cidade.

As oficinas terapêuticas foram compostas de momentos muitas vezes ricos, outras vezes nem tanto, de acordo com as atividades propostas. Num primeiro momento estranhei a forma como eram conduzidas, pois nesses momentos se tornam mais evidente os novos objetivos postos pela nova forma de trabalho proposta, que requisitam outras capacidades da equipe, não restritas a seus conhecimentos tradicionais.

Nesses momentos de Oficinas Terapêutica, certo dia sugeri que trabalhássemos com a música. Era o que eu sabia fazer, e o que percebi na conversa com os usuários gostavam muito. O próximo passo era mapear gêneros que os agradavam, e de acordo com o território foi possível elencar entre os dois o reggae e o samba-de-roda. A ideia por trás da utilização da música como recurso terapêutico veio de conversa com uma amiga da área, que já tinha utilizado essa importante ferramenta. A mim foi ensinado desde o primeiro dia desse tipo de atividades com a música qualificaram-na como um importante ponto de partida, apto a disparar memórias, sentimentos, atitudes. Meu violão capenga revelou-se poderoso na reconstituição daqueles sujeitos, e criou outros pontos de partida.

No final de uma dessas, pensamos em trabalhar com a música como forma de discutir o estigma que enfrentavam do CAPS para fora. A constante no discurso de todos fora de que “o povo dizia que eles eram malucos”, e num momento a mais ativa presente naquele espaço retrucou que respondia prontamente com um “maluco é tu”, esta espécie de lema/resposta já figurava nas ideias de uma profissional do

serviço para a confecção de um pequeno jornal. Diante disso, conversei com alguns usuários sobre a possibilidade de fazermos um samba de roda, momentos mais fixos em que se articulasse a brincadeira à uma certa forma de fazer política.

Aquela ideia ficou mais ou menos concretizada, pois não podemos ir em frente pois o tempo no serviço é diferenciado, e se põe outras demandas. Mas ainda assim, com base nas conversas das oficinas, consegui sistematizar aquelas queixas em um samba-de-roda, intitulado “Maluco é tu, maluco sou eu” que foi apresentado no meu último dia de estagio, que coincidiu com as comemorações referentes ao dia nacional da luta antimanicomial, 18 de maio.

Outro ponto relevante que observei em campo foi propiciado pela escuta dos discursos dos usuários, que punham o serviço CAPS como lugar especializado para tratar uma determinada demanda, e perseguindo antigos objetivos de cura e remissão de sintomas. Por ter pouca, ou nenhuma penetração no território como lócus de uma prática política, fronteiras eram reatualizadas, muros reerguidos, controles mais sutis. Refleti sobre a história da loucura, e em como o internamento aliado à prática psiquiátrica terminavam por conseguir, entre outros objetivos, se formular ou reforçar um conjunto de ideias, sentimentos dos de fora com os de lá de dentro dos muros.

Decerto os muros foram derrubados, mas se não refletimos bem podemos estar reforçando formas sutis de controle através difuso por meio da permanência “de um certo olhar, um certo conceito, de um certo gesto que classifica desclassificando, que inclui excluindo, que nomeia desmerecendo, que vê sem olhar” (Amarante *apud* Plantier, 2015, p. 30). Neste sentido, que o trabalho no território da cultura parecia ser um ponto nervoso da nossa prática. A ausência de ações neste âmbito terminaria por reforçar o que já estava posto social e historicamente no campo da saúde mental.

O território enquanto possibilidade de práxis real, como cenário para o embate de ideias parecia restringido à categoria da geografia física, como componente morto, ou objeto em que se intervêm puramente mediante as ferramentas já postas. Em meus dois semestres de estagio, qualifiquei o contato do serviço com o território baseado na pontualidade do contato, em detrimento da relação contínua; feito com base no especificismo das disciplinas. Além disso, quando tomávamos em conta o cotidiano dos usuários e articulamos ao território, percebemos que nessa articulação os usuários são o elo ainda enfraquecido, pois continua sem direito à cidade.

Nas conversas com usuários intensivos, e devido a minha vivência na cidade, notava que o itinerário ou a rotina deles estavam referido pelo serviço. Era até reforçado, quando eu podia ouvir alguém da equipe afirmando para eles que “deviam vir para o CAPS”, porque senão poderiam perder o benefício se não o fizesse. Se o serviço funcionava de 8 às 16, o que se conseguia em termos reais da forma como caracterizamos até aqui as relações cotidianas do CAPS e dos sujeitos que fazem o utilizam, era retirar aqueles sujeitos do seio da família e enquadrar seu tempo **dentro** de um local fixado. “No nosso cotidiano não há como não se perguntar se assistência pós-asilar, como aquela prestada nos centros de atenção psicossocial (CAPS), é alternativa à exclusão ou uma exclusão alternativa” (Freitas & Ribeiro, 2006, p. 307). Refletimos ainda sobre

A constatação da quase inexistência de ações de saúde mental voltadas para esses usuários fora dos CAPS e dos serviços especializados reflete a dificuldade de se efetivar tais propostas [de reinserção social, atenção psicossocial] parecendo haver um impasse no seu nível de operacionalização. (ROMANHOLI ,2004, p. 19)

A partir de minhas observações do que foi feito a partir da burocracia dos afazeres que caracterizam o processo de trabalho na realidade em que eu me inseri, eu pude notar que quando não há incentivos à criatividade, às relações horizontais entre Inter profissional e entre estes e usuários/comunidade, à estabilidade para desenvolvimento de projeto duradouro no contexto de um programa de saúde mental, ao fomento de uma mínima estrutura física que permitam maior eficácia nas ações, o que percebemos é a morte da dinâmica e os dias se passam como fossem formados pela reunião de gestos monótonos que não se abrem para o futuro. Este se configura como a soma de presentes iguais a si mesmo.

É no cenário dos serviços de saúde, com seus diferentes atores, (usuários, trabalhadores, gestores), cada qual com seus interesses, projetos e desejos, ora conflitantes, ora coincidentes, que acontecem os encontros, tensões são geradas, se reproduz ou se transforma a realidade, se produzem as relações sociais (YASUI,2006, p. 127-8)

Um projeto que se queira dinâmico, deve contemplar dentro de si as tensões próprias da esfera política, deve comportar a prática como fundamento e a constante reflexão acerca da prática, deve estar apto ao diálogo interinstitucional e extra institucional, ao convite à sociedade para a construção de um outro mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendemos com este pequeno estudo explanar um percurso que se formulou historicamente e que termina por se desdobrar em nosso cotidiano. Desde o período clássico ao emergir da chamada modernidade, a sociedade estabeleceu uma forma, ergueu disciplinas, formulou saberes para enquadrar a loucura. De todas as maneiras o que percebemos foi que o saldo disso foi o silenciamento de uma experiência do ser, que destoava do que se considerava normal para o desenvolvimento da sociedade.

A história da loucura, pareceu-nos aqui o anverso de uma história da razão do ocidente, de uma forma de pensar que classifica o outro, que hierarquiza e não consegue lidar com a alteridade. Esta é adjetivada hoje de diversas maneiras: desviante, marginal, periférico, louco.

A loucura como problema não nasce com o capitalismo, mas o advento de uma sociedade mercantil baseada na contratualidade da venda de força de trabalho impõe novas dinâmicas ao tratamento do dito louco, e arriscaríamos dizer do desviante em geral. É que a formulação de um dado regime, de uma dada moral forjada e baseada no trabalho coloca novos limites para aceitação daqueles que não estão aptos, não podem, ou não tem assegurada a inserção no mundo do trabalho.

É na segunda metade do século XX, no segundo pós-guerra, na esteira da experiência do genocídio operado pelo nazi-fascismo na Europa, do controle sobre a vida-morte operada pelos campos de concentração alemão e as consequentes inflexões na discussão dos direitos humanos que advém dessa experiência catastrófica, além das novas operações no mundo do trabalho que requeriam mais braços para o trabalho. O período histórico em questão é marcado, portanto, por mais uma flexibilização das fronteiras da exclusão cujo estatuto é objeto da crítica baseada no acúmulo de experiência, contribuições teóricas e formulações práticas.

Sem desconsiderar que houve acúmulos de reforma em outros países da Europa, bem como da América Central, o fato aqui é que por motivos de tempo e espaço fixamos o nosso olhar na desinstitucionalização italiana, operada por Basaglia, e bem desenvolvida por outros autores como Franco Rottelli, De Leonardis entre outros. Procedemos dessa forma por se tratar de um contributo que muito influenciou nosso processo de RP, abrindo margem para as adequações à nossa

realidade. Por outro lado, a desinstitucionalização quando voltamos o olhar para a esfera cotidiana, ainda surge como horizonte a ser alcançado, por se tratar de uma crítica radical ao paradigma psiquiátrico, ao voltar o olhar tanto para os componentes físicos quanto culturais da exclusão.

Com a De institucionalização como horizonte, podemos pensar a RP como processo civilizatório (YASUI, 2006), articulando à crítica aos modos de agenciar a loucura, ao tempo que propomos que tipo de sociedade precisamos para proceder à aceitação da diferença, nos termos da alteridade. A RP compõe, deste modo, um dos eixos de crítica à própria civilização capitalista, promotora da desigualdade, da exclusão, da criação de não-lugares. É necessário tomar reascender a chama aquecia nosso processo

A Reforma Sanitária não é um projeto técnico-gerencial, administrativo e técnico-científico; o Projeto da Reforma Sanitária é também o da civilização humana, é um projeto civilizatório, que, para se organizar, precisa ter dentro dele valores que nunca vamos perder, pois o que queremos para a Saúde, queremos para a sociedade brasileira (AROUCA *apud* YASUI, 2006, p.190)

No entanto, chamamos atenção para um fato que diz sobre a transmissão dos saberes entre gerações, versa sobre a importância da formação de quadros (profissionais e sociais) dispostos a pôr em movimento aquele acúmulo, sem os quais há uma deturpação do acúmulo, ou fechamento sobre si mesmo. É o que chama atenção LOBOSQUE (2006), quando diz que

De maneira geral, forma-se precariamente aqueles que serão os novos professores da Reforma, sem a qualificação necessária, seja em termos de clareza conceitual, seja de experiência e maturidade clínica nos serviços substitutivos. Entrementes, ocorrem tentativas de apropriação dos novos saberes dos serviços substitutivos por setores formalmente ligados a instituições de formação, universitárias ou não - que se arvoraram a teorizar sobre questões que desconhecem, não tendo participado de sua construção, e não sabendo sequer apreciar sua originalidade, valor e alcance. (2006: p. 43)

Consideramos através de nosso percurso da esfera macro para a micro, que partiu da (re) construção de um quadro teórico, e histórico sobre o tema e a posterior reflexão com base em observações das formas de cuidado no território, que implicou um olhar sobre o cotidiano de um serviço CAPS-I. Dentro desse contexto, o olhar incide sobre uma espécie de substrato da reforma, um olhar micro destacando

a relevância das pequenas invenções tecidas na cotidianidade como práticas micropolíticas; micro não no sentido de menor, mas indicando uma outra dimensão da luta política; a micropolítica dá-se

em um campo de forças onde insurgem-se fatos menores, banais, questões desprezíveis, desacomodando idéias ou modelos alheios ao inacabamento e à contingência das práticas humanas (BAPTISTA, 1999, p.117)

No entanto, o que observamos por outro lado foi o esvaziamento do cotidiano dessa potencialidade de subversão, pois a forma como se articulam aquela construção da RP, conceitos, novos valores, novos saberes, novos atores, não se apresentam em toda sua força ativa no CAPS-I estudado. Foi notado, ademais, que um conjunto de fatores contribuía para isto, passavam pela questão das bases em que estão fincadas o trabalho dos profissionais do serviço (condições de trabalho, formação) que eram levadas a desestímulo. Além do mais, a estrutura física que deveria possibilitar o desenvolvimento de algumas ações importantes era escassa, fragilizada pelo poder público.

Há que se destacar aqui a questão da formação dos próprios profissionais sobre as novas bases do trabalho em saúde mental operados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, capacitação que poderia ser feita em parceria com a Universidade que tem entre seus cursos uma gama de conhecimentos que podem ser utilizados neste sentido.

O cotidiano de um serviço põe como desafio a realização – em toda força que esse termo pode conter- de um conjunto de princípios, saberes, de forças, valores que fizeram avançar a nossa Reforma Psiquiátrica. Mister se faz o trabalho de revisão, de tensionamento de uma realidade que se quer morta num modelo de aplicação. Fomos levados a pensar que o CAPS foi colocado neste sentido como cristalização de um processo cuja marca essencial fora a criatividade, a capacidade de articulação, de proposição e de crítica. É necessário reascender o espírito contestatório, se quisermos almejar uma sociedade mais equânime, em que seja a possível a produção de novas subjetividades sem o enquadramento do desvio, e sem a prática da exclusão.

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. Loucura, cultura e subjetividade: Conceitos e estratégias, Percursos e atores da Reforma Psiquiátrica In. FLEURY, Sonia (Org). Saúde e democracia: a luta do CEBES. — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

BAPTISTA, L.A. A Reforma Psiquiátrica e a presença da cidade. In: BAPTISTA, L.A. A cidade dos sábios. São Paulo: Summus, p. 115-127. 1999

BAPTISTA, L.A. Historias do Lixo urbano. In:_____. São Paulo: Summus, p. 97-113

BASAGLIA, F. A instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. 2ªed. Rio de Janeiro: Graal, 1991. 326 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001

CAMPREGHER, I. Do mesmo teto, do mesmo sangue, do mesmo chão: a família no cotidiano da loucura.2009. 165f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo -USP, São Paulo, 2009

CARVALHO, M.C.B & NETTO, J.P. Cotidiano: conhecimento e crítica. 5º ed. São Paulo: Cortez, 2000. 93 p.

CFESS. Serviço Social: direitos e competências profissionais, Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2009

_____IAMAMOTTO, Marilda. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. Brasília: CEFESS, 2009.

DIMMENSTEIN, M. & AMORIM, A.K.M.A. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. Revista Ciência e Saúde Coletiva. 14(1):195-204, 2009

DIMMENSTEIN, M & LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009 (CD-ROM)

- FOUCAULT, Michel. "A casa dos Loucos". In. FOUCAULT, M. Microfísica do Poder. 13ªed. Rio de Janeiro: Graal,1998. (p. 113 – 128)
- FREITAS, F.F.P & RIBEIRO, G.A. Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Regio Emlia a Perugia" Revista Estudos de psicologia , 2006, 11(3), 307-314
- GASTÃO, F. N.; CAMPOS, G. W. S. Instituições de "portas abertas". Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 40-46, jan./abr., 2005.
- GIL, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo : Atlas, 2008.
- GOFFMAN, Erving. Manicômios, Prisões e Conventos. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.
- HELLER, Agnes. O cotidiano e a história. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1985
- LOBOSQUE, Ana Marta (Org). Caderno Saúde Mental. Encontro Nacional de Saúde Mental, Belo Horizonte, 2006. Belo Horizonte: ESP-MG. 2007, v.1
- MINAYO, M. C. S. (Org.). Pesquisa social: teoria método e criatividade. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- NICACIO, F. Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental.2003. 224 f. tese (doutorado em saúde coletiva) – UNICAMP, Campinas.
- OLIVEIRA, D.C.de. Entre a clausura do desatino e a "inclusão" da anormalidade: vicissitudes da loucura na obra de Michel Foucault. Revista de Psicologia V, 22 – n 2, p. 395- 410, maio-agosto de 2010.
- OLIVEIRA, F. M. Território da vida: um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura.2004.119 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.
- PLANTIER, ANA P.B. Dos muros dos manicômios para os muros (in)visíveis da cidade: sobre os desafios da reforma psiquiátrica brasileiro. 2015. 116 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) USP, São Paulo.
- QUEIROZ, D. T. (et al). Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. Revista Enfermagem, abr/jun, UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

ROBAINA, C. M. V. O trabalho do Serviço Social nos serviços substitutivos de saúde mental. *Revista Serviço Social & Sociedade: São Paulo*, n. 102, p. 339-351, abr./jun. 2010.

ROMANHOLI, A. C. Na corda bamba: Reforma psiquiátrica e Saúde mental na Atenção Primária. 2004. 245f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFES, Espírito santo

TENÓRIO, F.: .A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito *História, Ciências, Saúde* . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(1):25-59, jan.-abr. 2002.

VECHI, Luiz. G. Introgênia e Exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil. *Revista Estudos de psicologia* 2004, 9(3), 489-495

VIEIRA, Priscila P. Reflexões sobre a História da Loucura de Michel Foucault. In. *Revista aulas* n.3 – março 2007

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – ENSP, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro