



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**MODOS DE APREENSÃO DAS PROPOSTAS DA REFORMA
PSIQUIÁTRICA: UM ESTUDO QUALITATIVO INTERPRETATIVO
JUNTO À EQUIPE DE UM CAPS**

JANUARIA PRALON MOREIRA

Sob a Orientação da Professora

DRA. LILIAN MIRANDA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação Programa em Psicologia – PPGPSI

Seropédica, RJ
MARÇO, 2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

JANUARIA PRALON MOREIRA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Programa de Pós-Graduação Programa em Psicologia, Área de concentração em Psicologia

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 31/ 03/ 2015

Assinatura

Lilian Miranda.Dra.UFRRJ
(Orientador)

Assinatura

Creuza da Silva Azevedo. Dra. ENPS/ FIOCRZ

Assinatura

Luna Rodrigues Freitas Silva. Dra. UFR

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meu irmão Luã dos Santos Moreira (in memória) pela beleza com que enxergava a vida, com a pureza de criança via riqueza nas coisas simples da vida. Que nos mostrou que a vida pode ser mais leve e que ela precisa ser vivida da melhor forma possível.

AGRADECIMENTOS

Os agradecimentos são muitos pois os atores envolvidos neste processo são tantos, é difícil saber quem agradecer primeiro, mas vamos lá.

Agradeço à minha orientadora Lilian Miranda, que com seu jeito meigo e atencioso me incentivou e confiou em mim, além de ter compartilhado seus conhecimentos comigo, neste processo tão intenso que é se tornar uma mestra. Obrigada pelo carinho e pela disponibilidade de sempre.

Agradeço à equipe do CAPS II Cais São Bento que aceitou a realização de minha pesquisa, recebendo-me sempre de modo acolhedor.

Agradeço à professora Creuza da Silva Azevedo e à professora Luna Rodrigues Freitas Silva por terem aceitado o convite para participarem desta banca.

Agradeço aos professores e toda a equipe do Programa de Mestrado em Psicologia da UFRRJ, em especial aos primeiros pelo compartilhar dos ensinamentos.

Agradeço à minha tão amada prima, jornalista, Lívia que além ser uma das pessoas mais especiais em minha vida, realizou, carinhosamente, a revisão do texto.

Agradeço à toda minha família, em especial, à minha mãe Angela e ao meu pai Toinha, que possibilitaram que eu estivesse aqui agora e pelos ensinamentos da vida. E à minha prima também amada, Clarissa, pela admiração, amor e incentivo de sempre.

Agradeço à Mauricio pela admiração, pelo amor e por sempre acreditar que eu conseguiria este mestrado, me incentivando e me sendo inspiração.

Agradeço aos amigos, pois sem eles eu não sou eu, alguns em especial: Lara por ser minha fiel companheira em momentos tão difíceis por que passei nesses dois anos. Nadia pelo carinho e companheirismo de sempre.

Agradeço à turma do Programa de Mestrado em Psicologia da UFRRJ do ano de 2013 pelos momentos de trocas e reflexões, em especial às amigas Patricia e Carol, pelo acolhimento e carinho em momentos tão diversos neste período.

Agradeço à equipe do CAPS de Paraty, minha equipe de trabalho, pelo carinho e compreensão pelos momentos de ausência que em alguns momentos precisei para dedicar-me mais ao mestrado, em especial a minha companheira de trabalho Eloa pela amizade, trocas e sensibilidade.

Agradeço aos autores que usei neste trabalho que me serviram de inspiração e colaboraram para este trabalho ser um trabalho acadêmico.

Agradeço à FAPERJ pelo incentivo e apoio, através da bolsa de estudo.

RESUMO

MOREIRA, Januaria Pralon. **Modos de apreensão das propostas da reforma psiquiátrica: um estudo qualitativo interpretativo junto à equipe de um CAPS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2015.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira (RP) é um movimento que proporcionou o questionamento das formas vigentes de se lidar com a loucura, permitindo que se passasse a criticar e transformar as práticas de cuidado em saúde mental. Questionando o caráter excludente das instituições psiquiátricas, o movimento da RP brasileira se pauta em propostas que envolvem os âmbitos político, legal, clínico, epistemológico e sociocultural. Nos últimos 20 anos foram inúmeras as conquistas que esse movimento alcançou, promovendo mudanças estruturais importantíssimas para o desenvolvimento de outras formas de cuidado à loucura e ao sofrimento psíquico de modo geral. Dentre os equipamentos criados para viabilizar um novo modelo de atenção, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) se tornaram os principais dispositivos de caráter substitutivo de tratamento em saúde mental, configurando-se como um serviço de cunho comunitário e com diretrizes políticas, clínicas e sociais que se afirmam antimanicomiais. Consideramos, contudo, que as mudanças em um nível micropolítico dependem, diretamente, do modo como as propostas são apreendidas e significadas pelos agentes de cuidado. Por este motivo, nesta dissertação tivemos como objetivo compreender os modos de apreensão das propostas políticas, ideológicas e clínicas da Reforma Psiquiátrica pelos profissionais de um CAPS. O referencial teórico adotado envolve autores que discutem a Reforma Psiquiátrica brasileira e a clínica ampliada ou clínica da atenção psicossocial. O método de pesquisa foi o qualitativo-interpretativo, apoiando-se na teoria da hermenêutica gadameriana. Realizou-se observação participante das reuniões de equipe semanalmente durante o período de cinco meses, com concomitante construção de diário de campo, grupos focais com trabalhadores de diferentes categorias profissionais do CAPS escolhido e uma entrevista com a coordenadora do serviço. O material empírico foi trabalhado a partir da construção de narrativas, que expressaram a formação de três núcleos de sentido: 1. O esmorecimento da clínica; 2. Articulação com a rede; 3. O lugar do médico. O primeiro núcleo nos apresenta certa fragilidade nas construções e discussões dos projetos terapêuticos singulares, sugerindo possível esmorecimento da clínica dentro do CAPS. A falta de articulação com a rede intersetorial de apoio ao CAPS também foi discutida. Debates ainda o lugar que a categoria médica tem ocupado nos CAPS e sua relação com a equipe e os ideais da RP. Ressaltamos que muitas das práticas realizadas no CAPS em questão estão em consonância com as propostas da RP, sobretudo aquelas ligadas a reabilitação/reinserção social, entretanto, pouco se discutiu sobre os princípios do movimento reformista. As práticas de cuidado também foram pouco analisadas e questionadas, de modo que a clínica parece carecer de mais vitalidade e exame crítico por parte da equipe. Consequentemente, esta demonstrou alguns sinais de cronificação, evidenciando a necessidade de espaços de reflexão coletiva, como, por exemplo, as supervisões clínico institucionais. Ainda mostramos que os princípios da RP aprendidos/incorporados pelos profissionais precisam ser integrados à história do serviço, num processo de construção de sentidos para o trabalho.

Palavras-chave: CAPS; saúde mental; práticas de cuidado em saúde mental; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

MOREIRA, Januaria Pralon. Apprehension modes proposals of the psychiatric reform: A qualified interpretation study done together with the team of CAPS. 2015 Thesis (Psychology masters program). The institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2015.

The Brazilian Psychiatric Reform (RP) is a movement that provided the questioning of current ways of dealing with insanity, allowing criticism and therefore, the transformation of care practices in mental health. Questioning the exclusive nature of psychiatric institutions, Brazilian RP's movement is guided on proposals involving political and legit studies as well as clinical, epistemological and sociocultural researches. Over the past 20 years there has been numerous achievements this movement has accomplished by promoting very important structural changes to the development of other forms of care for mental insanity and psychological suffering in general. Among some of the equipment designed to enable a new model of care, the Centers for Psychosocial Care (CAPS) have become the main substitute devices for mental health treatment, setting up a community that has a nature of service, policy guidelines and social clinic purporting to being anti the madness asylums. We believe, however, that the changes on a micro-political level depend directly on how the proposals presented are affecting and being dealt with by mental health care agents. Considering this, on this specific thesis we aimed to understand the modes of apprehension of policy proposals, ideological and clinical studies of the Psychiatric Reform by professionals of CAPS. The theoretical framework adopted involves authors who discuss the Brazilian Psychiatric Reform and the expanded clinic or clinical psychosocial care. The research method was a qualitative-interpretative module, supporting the theory of Gadamer's hermeneutics. We conducted participation and observation of weekly team meetings during the five-month period, with a concomitant construction diary. Also, focus groups with workers that were chosen from different professional categories, CAPS, as well as an interview with the coordinator of the services. The empirical material was worked from a basis of a construction of narratives, which eventually expressed the formation of three units of meaning: 1. The weakening of the clinics; 2. Interaction with the network; 3. The place of the doctor. The first nucleus presented us with certain fragility in the construction and discussion of individual therapeutic projects, suggesting a weakening of the clinic inside CAPS. The lack of communication with intersectional network support group of CAPS was discussed as well. We Also discussed the place that the medical profession has occupied within CAPS and its relationship with the team and the ideals of RP. We emphasize that many of the practices that are currently being carried out within CAPS that are in question, are in line with the proposals of the RP, especially those related to rehabilitation / reintegration. However, little is discussed about the principles of the reform movement. Care practices were not well analyzed as well or questioned for this matter. The clinic seems to lack a great deal of vitality and also very critical examination that should be performed by its team. Consequently, this showed some signs of chronicity, highlighting the need for available spaces for collective reflection, such as, institutional clinical supervision. Still this study showed that the principles of RP learned / built by the professionals need to be integrated into the service history in a process of meaningful construction work.

Keywords: CAPS; mental health; care practices within mental health; Psychiatric Reform

LISTA DE ABREVIACES

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde

ABP - Associação Brasileira de Psiquiatria

DISAM - divisão nacional de Saúde Mental

RPB - Reforma Psiquiátrica Brasileira

RP - Reforma Psiquiátrica

CAIS - Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental

PVC - Programa de Volta para Casa

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial 24 horas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas

CAPSadIII - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras Drogas 24 horas

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

CEM - Centro de Especialidades Médicas

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SUAS - Sistema nico de Assistência Social

CT - Conselho Tutelar

CREAS - Centro de Referência Especializada em Assistência Social

CRAS - Centro de Referência em Assistência Social

HGJ - Hospital Geral da Japba

SC - Santa Casa

UBSs- Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. SOBRE A IMPLICAÇÃO	11
3. REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1 A loucura em época de confinamento	13
3.2 Movimentos reformistas no mundo	17
3.3 Reforma psiquiátrica, realidade brasileira e sua aproximação com o SUS	21
3.4 Modos de apropriação das propostas da reforma psiquiátrica	27
3.4.1 Práticas de cuidado desenvolvidas dentro dos CAPS	27
3.4.2 Dilemas da Reforma Psiquiátrica	32
3.4.3 Significações do cuidado por profissionais	35
4. PERCURSO METODOLÓGICO	37
4.1 Tipo de pesquisa	37
4.2 Campo e objeto de estudo	39
4.3 Sujeitos	39
4.3.1 Critérios de elegibilidade	40
4.4 Estratégia de pesquisa	40
4.5 Análise e interpretação do material empírico	41
4.6 Questões Éticas	42
5. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O CAPS II Cais São Bento	42
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	48
6.1 Núcleos de sentido	48
6.1.1 O esmorecimento da clínica e Articulação com Rede	48
6.1.2 Lugar do Médico	56
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	65
ANEXOS	70

1. INTRODUÇÃO

Temos como pretensão nesta dissertação de mestrado compreender os modos de apreensão dos princípios ideológicos, políticos e clínicos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Assim, nosso intuito é entender e refletir como se deu e ainda se dá essa apreensão, especificamente entre os trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) II Cais São Bento, aqui estudado. Como ponto de partida algumas perguntas ganham força, como: as práticas que hoje desenvolvemos nos serviços de saúde mental carregam princípios da nossa Reforma Psiquiátrica (RP)? Os profissionais de hoje na saúde mental, que atuam em serviços como os CAPS, conseguem manter postura e cuidado inerentes aos princípios éticos, ideológico e políticos de nossa reforma? Os profissionais deste serviço estão, em suas práticas, possibilitando espaços de autonomia e liberdade aos sujeitos, tal como propõe a RPB? Os serviços conseguiram transpor a lógica manicomial, que pode continuar reinando mesmo em serviços substitutivos? Certamente, não temos a pretensão de esgotar todas essas questões, mas tentaremos responder pelo menos parte delas de acordo com a realidade que encontramos em nossas análises.

Para tentar dar conta dessas questões, faremos uma breve passagem por alguns momentos da história da loucura, mostrando como ela foi tratada ao longo do tempo, com o intuito de mapear as principais formas de cuidado e exclusão. Realizaremos também uma passagem pelos movimentos reformistas ao longo do mundo, entendendo que alguns deles são importantes influenciadores da RPB. Após passarmos por alguns movimentos reformistas mundo afora, voltaremos nosso olhar para o processo de reforma propriamente brasileiro, no contexto em que o Brasil se encontrava historicamente. Ainda faremos uma reflexão sobre a inclusão da saúde mental no Sistema Único de Saúde – SUS.

Em seguida, trataremos mais diretamente dos estudos que discorrem sobre os modos de apreensão das propostas da RPB. Para essa discussão, muitos autores serão convidados através de um levantamento bibliográfico, que buscou artigos indexados na Base de Dados Scielo, através das palavras-chave CAPS, Reforma Psiquiátrica e saúde mental. Faremos uso ainda de outros materiais que por ventura não estejam disponíveis nessa base de dados, mas nos pareçam relevantes.

Por fim, falaremos um pouco sobre o funcionamento do CAPS onde realizamos nossa pesquisa, o CAPS II Cais São Bento. Logo em seguida, traremos os resultados de nossa pesquisa, que faremos através de dois núcleos de sentido: no primeiro vamos trazer a discussão sobre um possível esmorecimento da clínica dentro dos CAPS e Articulação com a Rede e no segundo sobre o lugar do médico dentro do CAPS.

Esse percurso de discussões nos permitiu construir os objetivos dessa pesquisa, tal como descrevemos a seguir:

Objetivo geral: Compreender os modos de apreensão das propostas da Reforma Psiquiátrica pelos profissionais de um CAPS.

Objetivos específicos:

- Estudar os sentidos construídos pelos profissionais acerca das propostas da reforma psiquiátrica;
- Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por esses profissionais e sua ligação com as propostas da RPB;
- Conhecer o modo como os profissionais se organizam para a realização das práticas de cuidado.

2. SOBRE A IMPLICAÇÃO

Antes de adentrarmos na pesquisa em questão, entendo ser importante esclarecer para o leitor de qual lugar estarei falando nesta pesquisa, do quanto é minha implicação com a temática desta pesquisa, do quanto ela me toca e de certa forma fala de mim. Falar sobre a implicação nesta pesquisa também ajuda a explicitar quais foram as principais experiências que a motivaram.

Minha trajetória no campo da saúde mental iniciou-se ainda na graduação, com os estágios, que optei sempre ser nessa área. Depois de formada continuei me enveredando a trabalhar na rede pública de saúde mental. Assim, falo do lugar de uma trabalhadora da saúde mental, que vive “na pele” o que se transformou os serviços após alguns anos da implementação da nova política de assistência à saúde mental, explicitamente orientada pela RPB. Por estar imersa neste campo, corro, a todo o tempo, o risco de me deixar levar por algumas afetações que dele são frutos, o que requer de mim um constante esforço para manter distanciamento entre as posições de pesquisadora, trabalhadora e militante. Porém, esse distanciamento não impede que essas posições sociais, em muitos momentos, se comuniquem, mas é preciso cuidado para que a militância não me ensurdeça enquanto pesquisadora.

A saúde mental me encantou e fez com que minha formação profissional e acadêmica fosse voltada a pensar essa intrigante área. Assim, meus estágios da faculdade, tanto o obrigatório como o livre, foram realizados dentro da saúde mental. Em meu estágio básico, aquele onde apenas observamos, a proposta foi de vivenciar o cotidiano de uma instituição psiquiátrica. Foram apenas duas visitas e logo de cara nos deparamos com os corpos nus, com sinais de abandono, com os banhos coletivos, com a sujeira, com o odor de urina, com as grades. A sensação era de que estávamos em um museu da miséria humana, daquilo que fica oculto em nossa sociedade, daquilo que fingimos não querer enxergar. Essa vivência nos serviu para confirmar as atrocidades que o hospital psiquiátrico causa nas vidas de quem nele vive. O estágio foi realizado em um hospital psiquiátrico conveniado ao SUS na cidade de Niterói. Na época, ainda no terceiro ano de faculdade, não tínhamos muito conhecimento sobre as políticas da RPB e muito menos do SUS. Entretanto, para se espantar/estranhar com a cena de uma instituição total não era necessário ter conhecimento da história - o lugar, os corpos e os odores falam por si só. Causavam arrepio! Na ocasião das visitas tivemos a triste oportunidade de vivenciar, sem nada poder fazer, cenas de terror. Como a instituição contava com uma equipe reduzida, era quase impossível dar conta das muitas pessoas que ali viviam. Parafraseando Manuel de Barros, não sei se era o lugar que dava o ar de abandono às pessoas que ali estavam ou se eram as pessoas que representavam o abandono do lugar.

Em outro momento da graduação, no estágio de intervenção, tive a oportunidade de atuar com estagiária em psicologia em uma instituição de internação psiquiátrica particular e também conveniada ao SUS, sendo grande parte dos internos derivados dos planos de saúde e do pagamento particular. Para estar na equipe de estagiários houve um rigoroso processo seletivo, a partir do qual entraram seis estagiários para um período de um ano. Já fazendo parte da instituição, participávamos das reuniões de equipe e tínhamos supervisão com uma psicóloga da própria instituição. Infelizmente o momento de supervisão foi, com o passar do tempo, sendo cada vez menos priorizado. A experiência de poder intervir e não mais somente observar foi muito rica e desafiadora, mas foi também cheia de dificuldades, sendo a principal delas o fato de estarmos ali meramente como uma mão de obra gratuita, já que não ganhávamos nem ao menos uma ajuda de custo para a passagem.

Durante o estágio, foi ficando cada vez mais claro que nossas opiniões nas reuniões de equipe não eram levadas em conta e quase sempre eram menosprezadas por sermos estagiários, o que gerava um sentimento de que estávamos lá apenas para tapar buracos na equipe reduzida que tinham. Ao longo do tempo, por falta de reconhecimento e valorização, a

sensação de desgaste físico e emocional foi tomando conta dos estagiários. Mesmo com tantas coisas negativas, houve vários ganhos no que diz respeito ao contato intenso com o mundo da loucura e com a realidade das instituições psiquiátricas e que serviram de reflexão para muitas conversas. Essa instituição, mesmo possuindo novos aparatos físicos, outra roupagem, carregava forte resquício do modo excludente, estigmatizador e cronificante dos antigos, e ainda vivos, manicômios. Isso ficava claro nas falas dos profissionais e em suas atitudes, quando reforçavam visões que a RP luta em sanar, como a visão de periculosidade da loucura, de inferioridade e de incapacidade, além de ausência de trabalho que fosse direcionado para o aumento do grau de autonomia e de garantia de direitos dos sujeitos que lá estavam internados. Lembrando que essa era a realidade de uma instituição privada e que tinha articulação quase nula com a rede de saúde mental e as demais que compõem as políticas públicas de saúde mental.

Ao fim da graduação, quando nos é estabelecida a primeira expressiva inserção nas exigências do mundo acadêmico, escolhi me aventurar a falar sobre as interfaces da loucura com a cidade, em minha monografia de conclusão de curso. Realizei então uma articulação teórica da relação da loucura com a cidade, no intuito de melhor entender as cidades contemporâneas e o mundo da loucura.

Paralelo ao término da graduação tive a imensa oportunidade de atuar como oficina em um projeto de cultura e reinserção social na saúde mental, o Ponto de Cultura Loucura Suburbana, que é um projeto fruto do bloco de carnaval Loucura Suburbana, ligado ao complexo do Instituto Municipal Nise da Silveira. Neste projeto eu trabalhava na oficina de moda, adereços e fantasias que acontecia no prédio da internação do complexo. Ela era aberta para os que eram atendidos de alguma maneira pelo instituto e para a comunidade do bairro. Tinha como objetivos a geração de renda para os participantes, a interação com a comunidade do bairro Engenho de Dentro, onde se localiza o Instituto e por muito tempo abrigou um dos maiores hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro. Essa interação acontecia justamente através das oficinas abertas à comunidade, que aconteciam dentro do complexo, todas envolvendo a temática do carnaval.

Essa foi uma experiência de imensurável importância, pois tive a oportunidade de trabalhar com muitas pessoas que fizeram parte da luta pelo desmonte dos hospitais psiquiátricos e por outras formas de cuidado ao sofrimento psíquico, além de ser um lindo projeto, que leva a loucura para as ruas da cidade e, ao mesmo tempo, a cidade para dentro dos muros do ainda existente hospital psiquiátrico. Posso afirmar que essa experiência foi responsável por me fazer acreditar definitivamente que a arte é um caminho muito potente para a ressocialização, para os processos de ressignificação e sentidos para a vida dos sujeitos que sofrem psicologicamente.

Já formada, tive e ainda tenho a oportunidade de viver na prática alguns dos temas que estudei durante a graduação. Vivenciei trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), na saúde mental, sendo essa a que me motivou a estudar o que aqui nesta dissertação proponho. Iniciei meu trabalho no SUS em um CAPS do interior do Ceará, sendo minha primeira experiência profissional como psicóloga. Deparei-me com um cenário em que as precariedades nos modos de viver são infinitas, como em grande parte do Brasil, mas com particularidades de um território marcado pelo coronelismo, por altos níveis de desigualdade social, além da precária garantia de direitos básicos para a população. Minha atuação nesse lugar foi um tanto solitária, já que o serviço não contava com recursos humanos suficientes, contava com uma equipe que pouco trocava, apresentava precariedades de vínculos de trabalho, havia falta de material de consumo, de materiais para as oficinas, apresentava uma ainda insipiente interação com a atenção básica, entre outros problemas inerentes a politicagem municipal. Muitos desses fatos acusam o descompromisso do município com a saúde em geral e em particular com a saúde mental.

Nessa experiência talvez o que tenha sido mais gritante foi o fato de os trabalhadores não terem formação política, ou seja, conhecerem muito pouco, ou mesmo nada, do que diz respeito à história da saúde mental que temos hoje. Outro fato era não haver reuniões de equipe naquela instituição, o que é lamentável para um serviço como o CAPS, que lida com questões tão difíceis e necessárias de serem dialogadas. Pude perceber uma desarticulação entre as propostas ideológicas, políticas e sociais do processo de RP com a prática exercida, de modo que as pessoas mostravam-se carregadas de estigmas e preconceitos, visões cristalizadas que reproduziam uma lógica manicomial, psiquiatralizante. Uma realidade que, ao estudar sobre a RP, ingenuamente, não imaginamos ainda encontrar. Diante desse contexto, passei a questionar-me se os princípios da RP foram incorporados nas práticas dos profissionais que estão “na ponta”, na linha de frente com o usuário, ou ainda, de que formas esses princípios teriam sido apreendidos.

Atualmente trabalho em um CAPS em uma cidade também de pequeno porte, no interior do Rio de Janeiro, em Paraty, minha cidade natal, que possui uma realidade naturalmente diferente da encontrada em meu primeiro CAPS, não deixando de ter problemas reais que emperram o avanço da RP. Hoje sou concursada, estabelecendo assim outra relação de vínculo com o trabalho. No momento componho a coordenação do serviço, com uma proposta de gestão compartilhada, que tem dado certo, mesmo que nunca antes ninguém da equipe tivesse experimentado essa ideia. Um serviço que tem tentado cada vez mais se comprometer com as políticas públicas de saúde mental, além de possuir uma equipe implicada, que defende um cuidado mais próximo das propostas da RP.

Nessa segunda experiência, enquanto psicóloga de um serviço substitutivo, tenho, certamente, conseguido me encontrar mais como trabalhadora da saúde mental brasileira, podendo me expressar com muito mais tranquilidade e liberdade e saber que tenho outros comigo, lutando sempre por um cuidado pautado na ética e na liberdade. Nessa atual conjuntura que me encontro pude conhecer trabalhadores que, mesmo com visões diferentes, conseguem dialogar e trabalhar por uma saúde mental pautada nas propostas das políticas públicas de saúde mental e do Sistema Único de Saúde- SUS. Há sim, hoje, vários fatores que dificultam estarmos mais fiéis às diretrizes da saúde mental, mas que fogem da alçada dos trabalhadores e já envolvem comprometimento dos gestores públicos.

Esperando que essa minha visão, fruto de minhas experiências, não contamine minha pesquisa a ponto de me tornar cega à realidade estudada, desejo que ela possa ter possibilitado que a pesquisadora que há em mim tenha se tornado mais sensível ao tema estudado aqui. Assim, entrelaçada com essa minha relação e história com a saúde mental é que se pauta essa proposta de pesquisa de mestrado.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A loucura em época de confinamento

Uma breve passagem em idos tempos da loucura, para melhor entender alguns dos processos pelos quais esta passou e conhecer as diferentes conotações que já teve, possibilitará a compreensão de algumas das linhas de forças que atravessaram o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil no fim da década de 1980. Questões intermináveis surgem para tentar dar conta da complexidade que é o tema da loucura, entretanto, nos deteremos em alguns elementos que colaboram para a compreensão das possíveis formas de apreensão da Reforma Psiquiátrica.

A loucura sempre esteve presente na história das civilizações e, ao longo do tempo, as cidades foram desenvolvendo estratégias para dar conta dessas temáticas. Assim, ao longo da

história, várias instituições de reclusão foram criadas para que os sujeitos loucos se mantivessem distante da sociedade. Desta forma, diferentes conotações acerca desses lugares foram sendo atribuídas ao longo dos tempos.

Na Idade Clássica, o espaço do louco era também lugar que servia como hospedaria para os diversos tipos de desviantes da ordem social, como os delinquentes, as prostitutas, os ladrões, os vagabundos, os leprosos. Nesta época, ainda não conhecíamos esses lugares como hospícios, essa concepção aparece mais tarde. Seu objetivo era manter a sociedade livre da presença dos que fugiam dos padrões de comportamento vigente. Aqui, a “desrazão” é que é levada em conta, e não as questões patológicas, o saber-poder médico-científico não havia ainda se tornado um saber acerca da loucura (AMARANTE, 1995).

Michel Foucault nos traz, em *História da Loucura* (2009), a realidade dos lugares que recebiam e guardavam os sujeitos portadores de lepra, os leprosários, espaços esses que, quase dois séculos mais tarde, serviriam de lugar onde a loucura seria (res)guardada da sociedade. Os portadores da lepra, assim como os loucos, foram retirados do convívio social por se apresentarem como “uma existência facilmente errante” (idem, p. 09). O tempo de que falamos é o da Renascença, século XV, e é neste período que na Europa existiu a “Nau dos Loucos”, barco que levava para terras distantes os loucos das cidades. Eles eram levados por marinheiros e comerciantes, uma maneira de os cidadãos terem a certeza de que a cidade se livraria deles. Entretanto, havia cidades medievais que, pode-se afirmar, responsabilizavam-se por seus loucos e expulsavam apenas os loucos estrangeiros.

A primeira expressão de uma atuação médico-clínico se deu a partir de Philippe Pinel e é com ele que se inaugura a entrada da loucura na ciência, no rol das patologias. A partir desse momento, entre os séculos XVII e XVIII, passa-se a classificar a loucura como “objeto de saberes/discursos/práticas atualizados na instituição da doença mental (AMARANTE, 1995, p. 26)”. O tratamento formulado por Pinel - tratamento moral - tornara-se obrigatório, e a partir disso o hospital passa a ser o espaço responsável por esses sujeitos, instaurando-se assim os hospícios. Neste momento funda-se o hospital psiquiátrico e junto com ele a psiquiatria. Desta maneira, esperava-se que:

instalado forçosamente na periferia do espaço social, nos confins do espaço urbano, nos limites da cidade e da razão, o louco como um não sujeito e como um quase sujeito seria ativamente convertido em sujeito da razão e da vontade, mediante as técnicas de sociabilidade asilar imposta pelo tratamento moral (BIRMAN, 1992 p. 75).

Philippe Pinel surge como figura central da psiquiatria, conhecido como o pai dos loucos, ficando marcado na história pela cena de desacorrentá-los, de separá-los dos desviantes da sociedade, dos criminosos. Os loucos passaram, então, a ficar separados da sociedade, a partir do gesto de Pinel eles passaram a possuir lugar próprio, criou-se uma instituição exclusiva para resguardar a loucura. Pinel afirmava que os “alienados só são tão intratáveis por serem privados de ar e liberdade” (PINEL apud TENÓRIO, 2002 p. 26). Hoje, para alguns autores, o gesto de desacorrentar os loucos de Pinel foi um novo modo de aprisionamento desses sujeitos, já que agora eles estão presos ao imperativo terapêutico, ao processo de cura (AMARANTE, 2007). Antes, o enclausuramento do louco era motivado por caridade ou repressão, o louco também era considerado como desprovido de razão. Com a entrada de Pinel, acontece uma metamorfose na natureza da instituição que antes os loucos ocupavam. Fernando Tenório (2002) afirma que junto ao nascimento da psiquiatria nasce também um movimento de reforma, no sentido de que alguma mudança no tratamento oferecido ao louco passa a acontecer. Ao longo do tempo, percebemos o quanto Pinel

colaborou para a institucionalização da psiquiatria que hoje conhecemos como organicista. Nesta época, os médicos que se aventuravam a trabalhar com a loucura eram chamados de “alienistas”. A instituição psiquiátrica passou a ser o melhor remédio para a alienação mental, como assim ficou conhecido quem sofria com a loucura. A instituição psiquiátrica teria como função impor novos hábitos intelectuais e morais aos “alienados”, protegendo as famílias e os próprios sujeitos, assim como submetê-los ao regime médico. Desde seu surgimento, a instituição psiquiátrica tem como proposta central proteger a sociedade e o próprio sujeito de sua periculosidade. Inspirados em Pinel, surge mundo afora movimentos de construção de hospitais para alienados, principalmente após a promulgação da Lei Francesa de 30 de junho de 1839, que foi a primeira lei de assistência a alienados.

O louco foi assim historicamente privado de sua cidadania e liberdade, “a figura da loucura passou a ser representada como efetivamente destituída da razão, de forma que, como ser alienado da sua razão, o louco não era considerado como sendo propriamente um sujeito” (BIRMAN, 1992, p. 74). Durante muito tempo supôs-se que para se efetivar a cidadania era necessária a razão, sendo justamente isto o que faltava ao alienado. A possibilidade de razão foi negada ao sujeito no momento em que institucionalizam a loucura como patológica, no momento em que a loucura passa a ser atravessada pelo saber psiquiátrico. Com o nascimento dos hospitais, enquanto instituição do saber psiquiátrico, nasce também toda uma relação de poder em torno desse saber. A psiquiatria, nesta época, primeiras décadas do século XVII, estava começando a se inscrever “no interior de uma prática e de um saber médicos a que ela tinha sido até então relativamente estranha...a psiquiatria aparece nesse momento, pela primeira vez, como uma especialidade dentro do domínio médico” (FOUCAULT, 2006 p.15). Foucault (idem) defende a ideia de que a organização do espaço asilar, ou seja, ter um espaço agora reservado aos loucos, só se deu pelo fato da psiquiatria fazer parte do estatuto médico.

Vale lembrar que o termo asilo passará a ser usado por Esquirol, 30 anos depois de Pinel, substituindo o termo hospício. Essa mudança terminológica traz questões mais amplas e políticas, fortemente influenciadas pela lei francesa citada acima. A partir dela, os loucos são colocados numa condição de minoridade jurídica e o asilo passa a ser radicalmente separado do sistema hospitalar, destinado às doenças do corpo, lembrando que não havia a concepção de doença mental, mas sim a de alienação mental (COSER, 2006).

Com a institucionalização da loucura, processo do qual Pinel foi o precursor, o tratamento moral, proposto por ele, ganhou um aparato médico-teórico que o justificasse. Vale ressaltar que Pinel entendia que a alienação mental era produzida por experiência de excessos, da ordem da paixão e dos afetos. Essas, em sua maioria, teriam sido suscitadas por elementos do mundo social, como uma convivência desapropriada, um envolvimento amoroso frustrado, por exemplo. Estas questões produziriam afecções cerebrais, ainda não detectáveis. É por este motivo que Pinel afirma que a alienação tem *causas morais*, assim a aposta é em um tratamento que precisaria ser então um *tratamento moral*, que consistiria em tirar o alienado do ambiente que despertou os excessos de paixão e impor-lhe hábitos saudáveis, através de uma rotina de vida equilibrada a ser organizada pelos alienistas. Assim nasce o tratamento moral.

Deste modo Pinel postulou “que a alienação mental não se caracterizava por uma perda completa da razão, mas sim por um erro de julgamento, aproximando, de alguma forma, o universo da alienação mental ao universo da própria razão” (MENEZES e YASUI, 2009). Entretanto, é natural que ao longo do tempo surgissem propostas de contestação ao modelo de instituição “pineliana”. Assim, foi se dando o fracasso da teoria do tratamento moral da alienação, que implicou em certa descrença no saber médico, já que este pretendia a cura da doença mental através da exclusão social e da imposição de novos hábitos de vida o que se mostrou ineficaz.

A história nos permitiu saber que nas instituições psiquiátricas, nos manicômios, nos asilos, as situações mais cotidianas que normalmente dão sentido à vida e aos sujeitos passaram a ser comandadas e controladas, rigidamente estabelecidas pelos funcionários, sem qualquer participação ou poder de decisão dos internos. Coisas muito simples, como o ato de se alimentar na hora que se tem fome, ou tomar banho no momento em que se deseja, o simples gesto de poder abrir uma geladeira, de vestir a roupa que se quer vestir, ou ainda poder circular pela cidade, pelos lugares que se gosta de ir, tudo isso foi vedado ao sujeito institucionalizado. Podemos dizer que por um lado foi possibilitado ao louco um espaço onde a punição não era a prerrogativa de estar privado de sua liberdade, entretanto, ele era punido quando lhe obrigavam as rotinas, as normas, impondo um aparato que também o privava de sua liberdade.

Erving Goffman (2001) desenvolveu na década de cinquenta, um importante estudo sobre instituições com características de privação de liberdade e submetidas a regras e normas disciplinadoras, como os manicômios. Segundo o autor, a moderna instituição psiquiátrica se caracterizava como uma “instituição total”, da mesma maneira que as prisões e os conventos - todas elas têm tendência ao fechamento, ao isolamento, entretanto umas mais que outras, dependendo de suas normas. Este fechamento em si se dá, basicamente, pela privação ao mundo social externo à instituição, característica das instituições totais, pois nelas a vida é limitada aos comandos de outros, uma minoria controlando um grande grupo, que são os internos. Segundo o autor, as instituições totais causam uma espécie de “mortificação do eu”, processo em que o sujeito vai deixando de ter vontades e desejos próprios, passando a funcionar pela dinâmica institucional. Nos confins dos manicômios, várias formas de violência foram apontadas: físicas, psicológicas e morais, isolamento excessivo, obrigatoriedade de afazeres, alimentação e banhos coletivos, a disciplinarização do tempo, tudo isso colaborando para uma mortificação do sujeito (idem).

Após essa rápida passagem por Goffman, voltemos ao processo de transformação dos modos de cuidado com o louco. Falaremos sobre algumas experiências de contestação ao modelo de tratamento moral. Podemos dizer que aconteceu uma reforma das práticas vigentes na época, iniciada com a experiência das colônias de alienados, que tinham como objetivo reformar o caráter fechado dos hospitais. Essas colônias eram construídas em grandes áreas agrícolas e quem as mantinham funcionando eram os internos, com sua força de trabalho. O trabalho passou a ser visto como um ótimo recurso terapêutico, surgindo assim o conceito de ‘trabalho terapêutico’, sendo as colônias de alienados propostas menos fechadas que os hospitais, proporcionando assim mais contato dos internos com o mundo externo. Essas transformações no trato com a loucura são seguramente reflexos do contexto sócio-histórico que a Revolução Francesa propiciou ao mundo, com o lema “Liberdade, Igualdade e Fraternidade” (AMARANTE, 1995, 2007).

No contexto brasileiro este movimento de transformação no trato com a loucura se deu no século XX, período em que os alienistas brasileiros foram fervorosos adeptos das colônias. O psiquiatra baiano Juliano Moreira foi um dos que apostaram que as colônias seriam uma melhor maneira de tratamento do louco, e para isso o resgate da liberdade seria fundamental. Consequentemente, acreditava-se que esse resgate de liberdade faria com que o sujeito recuperasse sua razão. A razão era entendida como a condição para a cidadania, então, para que o louco fosse cidadão era necessário que antes ele a recuperasse. Muitas colônias surgiram no decorrer dos anos 30, Brasil afora. Uma das principais colônias no Rio de Janeiro foi a Colônia Juliano Moreira, atual Instituto Municipal Juliano Moreira, e em São Paulo a principal foi a Colônia de Juquery, que chegou a ter 16 mil internos (AMARANTE, 1995).

A experiência das colônias de alienados foi a primeira tentativa de inserir os loucos em um espaço diferente da instituição fechada, como eram os hospitais psiquiátricos, mas logo se viu fracassada. As colônias se mostraram tão reclusas como os asilos, tendo como diferencial

apenas o fato de serem atravessadas pela questão do trabalho, que se transvertia de liberdade. A tentativa de um espaço mais aberto arquitetonicamente não superou o caráter autoritário e a privação de liberdade, já que o imperativo do trabalho terapêutico passou a ser mais uma das obrigações que as colônias impunham às vidas dos sujeitos ditos alienados.

3.2 Movimentos reformistas no mundo

Após o término da Segunda Guerra Mundial, o mundo entrou em um processo de sensibilização, ocasionado pelas marcas que a guerra deixou, principalmente na vida dos milhares de jovens que a ela serviram e que sobreviveram, retornando com sérios abalos emocionais, além dos físicos. Com o fim dessa sangrenta guerra, o mundo se viu convocado a valorizar mais as relações humanas, sendo um momento propício para que a sociedade voltasse seus olhares para os hospícios. Percebeu-se então que esses lugares não se diferenciavam em quase nada dos campos de concentração nazistas. Assim, alguns movimentos de contestação a esse modelo hospitalar passaram a ganhar força e esses espaços, que tinham características segregadoras e totalizantes, foram sendo criticados e outras formas de instituição sendo propostas (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002).

As décadas iniciais do século XX foram marcadas pela entrada dos eletrochoques, das lobotomias, como formas de tratamento a quem estava dentro de um hospital psiquiátrico. Era uma descoberta da psiquiatria enquanto saber médico que passou a ser adotado na maioria das instituições psiquiátricas. Incluímos aqui a entrada dos psicofármacos, na década de 1950, também como marco importante para terminar de colocar a psiquiatria no campo das neurociências e da indústria farmacêutica. A psiquiatria pode mais uma vez ser reconhecida dentro da medicina como um saber médico. Passam a demandar do psiquiatra uma ampliação de suas ações, não bastava mais apenas o tratamento moral, o médico agora é convocado a medicar várias experiências de sofrimento.

Vários movimentos pró-reforma surgiram no mundo no decorrer do século XX como contestação ao manicômio, falar-se-á aqui dos mais marcantes: Comunidade Terapêutica e Psicoterapia Institucional, duas propostas de reformulação da própria instituição psiquiátrica; Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva ou Comunitária, que propuseram a destituição da instituição asilar, acreditando ser esta uma aposta falida e aprisionadora de corpos, e apostaram na criação de serviços comunitários de saúde mental; e finalmente, Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática, ainda que para ambas o termo reforma talvez seja o inadequado, pois não tinham como objetivo reformar o saber psiquiátrico e sim se desvincular dele e colocá-lo em xeque (AMARANTE, 1995; TENÓRIO, 2002). Falaremos mais detalhadamente de cada um desses movimentos a seguir.

O movimento das Comunidades Terapêuticas se deu na Inglaterra em 1946 e teve como precursor T. H. Mai, Bion Reichman do Monthfield Hospital. Uma das propostas de tratamento era fazer uso do próprio potencial e criatividade dos pacientes para organização da rotina e das propostas dos serviços. Assim, eram realizadas assembleias e reuniões envolvendo profissionais e pacientes para discutir os projetos e planos de cada um, sempre fazendo o possível para todos estarem envolvidos. Foi com Maxwell Jones, em 1959, que a proposta se torna melhor delimitada e dinamizada, tornando-se a mais importante referência quando se fala em Comunidades Terapêuticas. Foram inseridos dentro das instituições grupos de discussão, grupos operativos e grupos de atividades, objetivando o envolvimento do próprio sujeito e do grupo e fazendo com que a função terapêutica não fosse apenas dos técnicos, mas também das atividades desenvolvidas no interior das instituições (AMARANTE, 1995, 2002).

Uma das principais propostas era fazer com que as hierarquizações e verticalizações dos papéis sociais dentro dessas instituições psiquiátricas fossem substituídas por formas mais

democráticas e horizontalizadas. Foi também neste contexto que surgiu a terapia ocupacional, tendo Hermann Simon como seu fundador, sendo hoje ela muito difundida, principalmente por ser uma das categorias que compõe os quadros de trabalhadores da saúde mental. Ele acreditava que o trabalho poderia ser um ótimo aliado ao tratamento, sendo uma influência para a proposta de Psicoterapia Institucional, que apresentaremos a seguir.

A Psicoterapia Institucional foi um movimento que se deu na França e foi iniciada por François Tosquelles em sua experiência no Hospital Saint-Alban. Reformulou-se, neste momento, a noção de ‘trabalho terapêutico’, trazido anteriormente pelas colônias de alienados, aumentando a participação dos internos nas decisões e lhes atribuindo responsabilidades. Nesta experiência, a psicanálise foi base para pensar suas ações, sendo importante para o desenvolvimento da proposta que visava a “reorganização interna da dinâmica psíquica” (AMARANTE, 1995 p. 44) dos usuários. Tosquelles adotou o termo “coletivo terapêutico” para pensar a instituição, já que a proposta era que todos os atores da instituição tivessem alguma função terapêutica, fazendo parte de uma só comunidade que lutaria junto contra as formas de “violência institucional e a verticalidades nas relações intra-institucionais” (idem, p. 45).

Rompendo e questionando as hierarquias e verticalidades, a Psicoterapia Institucional propôs a ‘transversalidade’, conceito este que foi trabalhado por Felix Guattari e situa-se como “dimensão que pretende ultrapassar dois impasses, o de uma pura verticalidade e o de uma simples horizontalidade” (OURY apud AMARANTE, 1995, p. 33), permitindo que novas possibilidades e espaços terapêuticos fossem criados: como oficinas, ateliês, atividades com o corpo, etc.

Agora falaremos do segundo grupo de propostas de reforma, ressaltando que o espaço de ocupação de reforma agora vai para além dos muros da instituição psiquiátrica, na medida em que o espaço da cidade passa a ser entendido como espaço terapêutico e passa a se tornar necessário à ocupação da cidade. O saber-fazer da psiquiatria continua sendo base para o tratamento, porém, a participação de novos agentes se torna essencial para reduzir a hegemonia do saber médico-científico, como já era pretendido.

A Psiquiatria de Setor foi uma das apostas a romper com o caráter exclusivamente institucional de tratamento. Foi iniciada na França e é oriunda da Psicoterapia Institucional, com a qual rompeu justamente por acreditar que investimentos extra-manicomiais deveriam acontecer. O precursor desta proposta foi Lucien Bonnafé. Ele propôs a criação de Centros de Saúde Mental (CSM) que seriam divididos em diferentes setores administrativos da região francesa. Os hospitais, conseqüentemente, passaram a seguir essa lógica setorial, onde os pacientes eram divididos nas enfermarias conforme a região da cidade onde moravam. Esta estratégia tinha um propósito claro, a aposta era que fossem criados vínculos entre os pacientes, as famílias desses e, acima de tudo, vínculos com a equipe, já que esta era a mesma tanto dentro das instituições de internação quanto nos CSM (AMARANTE, 1995). Assim, quando os pacientes internados saíssem das internações e voltassem para seus lares, uma rede social teria sido criada, garantindo que o acompanhamento terapêutico fosse sempre feito pela mesma equipe, na comunidade ou nas internações.

A Psiquiatria Preventiva ou Comunitária se deu nos EUA, em um momento muito complicado na história do país. Era a época da Guerra do Vietnã (1959-75) e o país sofria com graves problemas sociais e políticos. O precursor desta corrente foi Gerald Caplan, um homem que acreditava ser possível acabar com os males que eram produzidos pela sociedade, e o louco era considerado um desses males, em sua concepção. Através do conceito de crise, que estaria relacionado com as noções de ‘adaptação e desadaptação social’, a atuação dessa proposta de psiquiatria foi além da noção de doença mental. Este movimento passou a atuar no social, trabalhando na prevenção do adoecimento, detectando precocemente as situações de

crise para que não fossem necessárias as internações, além da aposta na diminuição dos males da sociedade (AMARANTE, 2007; TENÓRIO, 2002).

Nesta proposta, a noção de saúde mental está associada à boa adaptação do sujeito ao meio social, se tornando um apelo a uma normalidade externa à subjetividade do sujeito e correndo-se o risco de uma psiquiatrização e normatização do cotidiano e do social. A noção de ‘desospitalização’ surgiu neste contexto, que tinha como parâmetro a redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, a diminuição do período de internação e ainda a efetivação de altas hospitalares. Para alguns autores, a psiquiatria preventiva se mostrou como “um novo projeto de medicalização da ordem social, isto é, uma maior expansão dos preceitos médico-psiquiátrico para um conjunto de normas e princípios sociais” (AMARANTE, 2007, p. 51).

Joel Birman (1992) acredita que as propostas de retirar a loucura da instituição psiquiátrica e criar novos serviços de atenção a ela, fez com que,

o discurso psiquiátrico se estabelece [sse] como regulador ativo da marginalidade social e como instituinte das regras básicas de cidadania. As condições básicas para o estabelecimento da saúde mental seriam as mesmas que instituíram a cidadania. Enfim, a tentativa de ruptura como espaço asilar teve como contrapartida a produção de uma ordem social asilada pela psiquiatria, onde essa regularia a produção da cidadania (BIRMAN, 1992 p. 86, grifo nosso).

Falemos agora da Antipsiquiatria, movimento que talvez não deva ser chamado de reforma, como já explicitado acima, já que tem como proposta romper totalmente com o paradigma psiquiátrico até então vigente. O Movimento se deu entre as décadas de 60 e 70 na Inglaterra, como iniciativa de alguns psiquiatras, em particular Ronald Laing e David Cooper, que tentaram implementar as propostas de Psicoterapia Institucional e de Comunidade Terapêutica em um hospital que trabalhavam. Entretanto, logo perceberam a inviabilidade de continuar com tais propostas, já que acreditavam que os loucos eram violentados e reprimidos, principalmente pelas instituições, mas também pelas famílias e sociedade. Para eles, o discurso apresentado pelos loucos seria uma maneira de denúncia das imposições e violências que a sociedade e família os expunham (AMARANTE, 2007).

Essa tradição teórica e política de reformulação do tratamento para a loucura teve a intenção clara de romper com o saber psiquiátrico, que dominou a instituição da loucura e que criou ao longo da história todo um conjunto de saberes em torno desta. Consideravam que não existia doença mental dita natural do sujeito, como propunha a psiquiatria, e sim uma “experiência do sujeito em sua relação com o ambiente social”, desta forma não teria uma maneira de tratamento terapêutico, já que não haveria doença. Acreditavam que se fosse permitido aos sujeitos vivenciarem a experiência da loucura, dos sintomas, haveria uma possibilidade de reorganização interior.

Um conceito importante surge neste momento, o de desinstitucionalização, que se diferencia da noção de desospitalização proposta pela Psiquiatria Preventiva. A desinstitucionalização vai muito além da simples retirada dos loucos do hospital, a ideia é dar outro lugar à loucura, é retirar-lhe o rótulo de ameaça social, ameaça à ordem pública. Tirá-la do lugar de algo passível de cura.

Outra aposta de rompimento com o saber psiquiátrico foi a Psiquiatria Democrática, no início da década de 60, e tem como figura central Franco Basaglia, que foi preso político durante a ditadura de Benito Mussolini (1922-1943). Basaglia teve como parceiro Antonio Slavich, e eles propuseram-se a reformar o hospital de Gorizia, na Itália - ficaram perplexos com a forma com que os loucos eram tratados, comparando a situação com os campos de

concentração nazistas. Para Basaglia, a instituição psiquiátrica seria como a serpente de uma fábula que conheceu enquanto esteve preso: ela se alojaria no corpo do homem e passaria a dominar seus desejos e sua vida. A instituição seria a serpente que entrava nas vidas dos loucos e passava a dominá-las de forma a causar um “processo de mortificação e de des-historicização” (BIRMAN,1992 p. 55). A proposta, inicialmente, era de reformar o hospital psiquiátrico, tendo influências da Psicoterapia Institucional e da Comunidade Terapêutica, mas ao longo da experiência se percebeu que a instituição não deveria ser o foco de mudanças, já que passaram a acreditar que a mesma deveria deixar de existir.

Outra experiência de intervenção que Basaglia participou foi na cidade de Trieste, também na Itália, onde foram fechados pavilhões e enfermarias psiquiátricas e criados serviços substitutivos ao manicômio, que teriam como função tomar o lugar das instituições psiquiátricas. Foram criados Centros de Saúde Mental (CSM) por toda a cidade, regionalizados, tendo como influência o modelo francês de Psiquiatria de Setor, mas com uma diferença clara e muito significativa: não tolerava haver hospitais psiquiátricos como proposta de cuidado do sujeito louco. Os CSM passaram a “assumir a integralidade das questões relativas ao cuidado no campo da saúde mental de cada território” (BIRMAN,1992 p. 57). Atuando no território, colaboravam para a reconstrução das formas de relação que a sociedade tinha com sujeitos ditos loucos, assim como o lugar social que estes ocupavam.

Basaglia, Michel Foucault e Erving Goffman se encontraram no intuito de pensar uma proposta realmente nova, propondo o rompimento com a psiquiatria enquanto ideologia (BIRMAN, 1992). A nova aposta seria a desconstrução total do manicômio. O aparato manicomial era “entendido não apenas como estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e prática, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação, uma patologização da experiência humana” (idem, p. 56).

Segundo Amarante (2007) a experiência de Trieste consistiu em uma das experiências mais radicais e inovadoras da psiquiatria contemporânea, inspirando movimentos de reforma da assistência pelo mundo todo. No Brasil, em especial, ela passou a influenciar a experiência de transformação da assistência em saúde mental na cidade de Santos, que se tornou importante referência para a RP. A psiquiatria democrática certamente foi a principal influência para o processo de RPB.

Hoje, um tratamento inserido na comunidade é um tratamento que trabalha no e com o território, propiciando que o louco habite, de fato, o social, a cidade, fazendo da comunidade um recurso terapêutico, assim como possibilitando que outros dispositivos¹ da saúde, da educação, da assistência também se responsabilizem pelo mandato da loucura. A seguir, exploraremos melhor o processo de reforma psiquiátrica no Brasil e falaremos melhor dos dispositivos territoriais de tratamento que foram sendo propostos.

¹O termo dispositivo é muito trazido quando falamos de saúde mental, no entanto poucas vezes ele apreendido de forma que não esquece a grandeza de sua essencial em seu sentido, de modo que corremos o risco de banalizar este conceito tão potente. Aqui nesta pesquisa tentaremos ponderar o uso deste termo considerando sua complexidade, remetendo-nos a Michel Foucault que o considera “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos” (Foucault, 1979, p. 244).

3.3 Reforma psiquiátrica, realidade brasileira e sua aproximação com o SUS

Antes de falarmos propriamente do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), faremos uma pausa e olharemos para o período de 1965 a 1980, época da ditadura militar no Brasil. Trata-se de um momento da história que, no campo da saúde, foi marcado pela privatização da assistência como um todo e aumento expressivo do número de leitos psiquiátricos, em sua maioria pertencentes a hospitais privados ou filantrópicos, que mantinham convênio com o governo federal, principal responsável pelo financiamento das internações. Dados mostram que neste período de tempo a população internada em hospitais públicos não cresceu, enquanto nas instituições conveniadas o aumento foi assustador, saltando de 14 mil, em 1965, para 30 mil, em 1979 (RESENDE, 1987). Alguns anos após essas estatísticas, dos leitos existentes 80% eram contratados, enquanto apenas 20% deles estavam nas mãos do setor público (TENÓRIO, 1999).

Esses dados levaram muitos autores a denominarem a assistência psiquiátrica desse período como “indústria da loucura”, uma vez que se percebia que a busca pelo lucro, advindo da internação, predominava, sendo pouco observadas as finalidades terapêuticas. Foi um período em que as instituições privadas faturavam muito, já que os gastos eram mínimos - como era perceptível pelo estado que os hospitais se apresentavam, com péssimas condições de estruturas físicas e humanas.

No entanto, mesmo antes da Reforma Psiquiátrica se iniciar como movimento político e social no Brasil, tivemos atores que já se posicionavam de modo contrário às excludentes e mortificantes práticas psiquiátricas, como Nise da Silveira, uma das primeiras críticas ao modelo manicomial já em 1949. Sendo uma das primeiras mulheres brasileiras a se formar em psiquiatria, não demorou para que a alagoana percebesse que não se adaptaria às normas e técnicas que a psiquiatria da época lhe exigia. Ela representa uma resistência em uma época onde as lobotomias, os eletro choques, entre outras práticas degradantes, estavam em alta, como único modo de “cuidado” (SILVEIRA, 2009). Nise marcou a história com experiências diferenciadas de cuidado, as quais, através da valorização da necessidade de criação artística dos pacientes, contribuíram para a melhora clínica dos mesmos - trazendo como resultado o desenvolvimento da sua autonomia. Nise preferiu os porões dos hospitais às salas higienizadas dos médicos, juntando-se aos serventes para fazer da arte sua ferramenta de trabalho.

Ao longo de anos, Nise da Silveira formou muitos trabalhadores de saúde mental, mas foi apenas no final da década de 70 que importantes setores da sociedade conseguiram se organizar para que houvesse mudanças nas estruturas do cuidado. Tais mudanças foram frutos das conferências nacionais de saúde mental - das quais falaremos com mais detalhe adiante - ou seja, da organização política e social dos trabalhadores, usuários e familiares.

Um desses movimentos, fundamentais para a mudança deste cenário, foi a constituição, em 1978, do Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que conjugou os principais atores do processo de reforma, como os trabalhadores de saúde mental, os usuários e seus familiares, bem como acadêmicos envolvidos com a área. Nesse momento, percebe-se uma insatisfação dos próprios trabalhadores com a situação apresentada, mas eles não lutaram sozinhos estiveram como importantes aliados o Núcleo Estadual de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Comissão de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), indústrias farmacêuticas (fato curioso) e as universidades (AMARANTE, 1996). Os núcleos de estudo e associações, além da própria universidade, compuseram a gama de diferentes atores que trabalharam juntos pelas transformações.

O MTSM, junto à outros órgãos realizaram uma série de denúncias em torno do sistema nacional de assistência psiquiátrica, que eram compostos de práticas de tortura como modo de tratamento, corrupções e fraudes, assim como “ausência de recursos, de negligência, da utilização da psiquiatria como instrumento técnico-científico de controle social e a mobilização por projetos alternativos ao modelo asilar dominante” (AMARANTE, 1996 p. 90). A Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) era um órgão da cidade do Rio de Janeiro composto por quatro hospitais da cidade: o Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), o Hospital Pinel, a Colônia Juliano Moreira e o Manicômio Judiciário Heitor Carrilho. O órgão entrou em uma crise, conhecida como a “Crise do DINSAM”, que se deu por uma série de denúncias, reivindicações e críticas que estavam acometendo as instituições que dele faziam parte. Essas denúncias foram feitas por bolsistas que eram contratados, mas que na verdade atuavam como profissionais na prestação de serviços nas unidades, demonstrando a precariedade das relações e condições de trabalho, sem a realização de concurso há muitos anos.

Nessa época, os movimentos sociais começaram a propor outra maneira de relação com o Estado, passando a priorizar a participação direta, trazendo à tona “novos discursos e práticas de afirmação de outros modos de ser e de viver” (FERREIRA NETO, 2004 p. 108). Eles foram essenciais para que se ampliasse o olhar, analisasse as práticas através de uma perspectiva política, gerando algo que podemos chamar de politização do social, do cultural, e mesmo do pessoal. A década de 80 foi um período com muitas mudanças em várias esferas da vida social, no âmbito da saúde, e, como vimos, vários foram os avanços. O mais relevante deles, podemos nos atrever a dizer, foram as novas e inclusivas políticas de saúde pública, sendo o Sistema Único de Saúde (SUS) sua melhor representação. A tentativa de um acesso à saúde universal, integral e igualitário, pilares do SUS, demonstra um importante compromisso social do Estado para com a população. Assim, vários outros acontecimentos se mostraram marcantes neste período, representando a necessidade de um “aprofundamento de novos vínculos da sociedade civil com o Estado” (FERREIRA NETO, 2004 p. 111).

Alguns eventos históricos são fundamentais para melhor ilustrar esse momento. Um deles, que aconteceu em 1978 no Rio de Janeiro, foi o I Congresso Brasileiro de Psicologia de Grupos e Instituições, que contou com as presenças ilustres de Franco Basaglia, Felix Guattari, Robert Castel, Erving Goffman, dentre outros. Neste evento foram tratados diversos temas, mas principalmente a elitização da psicanálise e do próprio evento, bem como o compartilhamento das experiências de Gorizia e Trieste -exemplos de formas possíveis de diminuição do “saber - poder” que a psiquiatria ocupava até então. Em 1979 acontece em Belo Horizonte o III Congresso Mineiro de Psiquiatria, que funcionou como dispositivo para denúncias de violências nos manicômios do Estado e do Brasil. Esse evento contou com a presença de Michel Foucault, Franco Basaglia, Robert Castel e Antonio Slavich e propiciou a realização de um levantamento da realidade das assistências e de planos de reformulação propostos por grupos de Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo e Bahia, todos dispostos a trabalhar para que o hospital psiquiátrico deixasse de ser o dispositivo de referência à assistência psiquiátrica (AMARANTE, 1995).

Vale fazer um parêntese para lembrar que Minas Gerais comportou um dos maiores hospitais psiquiátricos do Brasil, o Hospital Colônia de Barbacena, a onde um trem levava pessoas de diversas partes do Brasil para serem internadas. Essa realidade de Barbacena ficou conhecida como holocausto brasileiro, já que 70% das pessoas que lá chegavam não eram portadoras de nenhum tipo de transtorno mental, eram internadas como forma de castigo, punição. As motivações para isso eram das mais variadas, desde dificuldade de aprendizado até o castigo às mulheres que perdiam a virgindade antes do casamento. Os pacientes eram privados de direitos básicos, passavam fome, frio, muitas vezes a água disponível era de

esgoto. Vários corpos de pacientes que morriam sem assistência nenhuma foram vendidos para as universidades de medicina durante anos (ARBEX, 2013).

Outro evento importante que se deu em 1987, também na cidade do Rio de Janeiro, foi a I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que marca o fim da trajetória sanitária, “de transformar apenas o sistema de saúde, e o início da trajetória de desconstruir no cotidiano das instituições e da sociedade as formas arraigadas de lidar com a loucura” (TENÓRIO, 2002, p. 11). Essa conferência marca o início de outra trajetória e o grande desafio para o processo de reforma psiquiátrica, o de “desinstitucionalização ou desconstrução/invenção” (AMARANTE, 1995, p. 93) da loucura, conceito carregado de sentido. O conceito de desinstitucionalização diz respeito à construção de práticas de cuidado que rompem com a anterior, tratando-se de uma escolha ética, mas sendo muitas vezes, infelizmente, resumido apenas à queda dos muros dos manicômios. Nesse aspecto, inscreve-se parte de nossas questões: o que os trabalhadores entendem por desinstitucionalização? Que práticas consideram antimanicomiais? Com a derrubada de quais “muros” desejam contribuir?

O Encontro de Bauru, em São Paulo, também em 1987, teve como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, propondo outra relação com a loucura e com o sofrimento psíquico, deixando estes “de ser de exclusividade dos médicos, administradores e técnicos da saúde mental para alcançar os espaços das cidades, das instituições e da vida dos cidadãos, principalmente daqueles que as experimentam em suas vidas” (AMARANTE, 1995 p. 95). Esse encontro foi fruto da I CNSM, cujo documento final propunha a reformulação da atenção à saúde mental, priorizando o cuidado extra-hospitalar, fundando assim o “Movimento de Luta Antimanicomial”. A partir desse evento, o dia 18 de maio tornou-se no Brasil o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, convocando a sociedade a repensar e reconstituir sua relação com o louco e com a loucura, assim como repensar as estruturas de cuidado, ganhando estas um foco diferente:

não se trata de aperfeiçoar as estruturas tradicionais (ambulatório e hospital de internação), mas de inventar novos dispositivos e novas tecnologias de cuidado, o que exigirá rediscutir a clínica psiquiátrica em suas bases. Substituir uma psiquiatria centrada no hospital por uma psiquiatria sustentada em dispositivos diversificados, abertos e de natureza comunitária ou ‘territorial’, esta é a tarefa da reforma psiquiátrica (TENÓRIO, 2002, p. 11).

Em 1990 acontece a Conferência Regional de Caracas, da qual resultou a Declaração de Caracas, que se configurou como um marco fundamental para apoiar as iniciativas de reconstrução da atenção em saúde mental no continente da América (BRASIL, 2002) e certamente colaborou para as direções que a saúde mental foi tomando desde então. Dois anos depois ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental, marco histórico no que diz respeito à ampla e intensa participação de usuários e familiares.

Seguindo a cronologia dos acontecimentos no Brasil no campo da atenção em saúde, em 1988 temos a conquista da nova Constituição Brasileira, um marco importante para um país e para uma população sofrida e oprimida, que viveu mais de 20 anos em um regime de ditadura militar. Fruto da nova constituição temos a aprovação da Lei Orgânica de Saúde nº 8.090 de 1990 e a gradativa implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), no interior do qual a saúde mental com suas propostas de mudanças começou a ganhar espaço (BRASIL, 2001).

Em relação à inserção das propostas da RPB na agenda do SUS, vale traçar uma breve relação entre ela e o movimento sanitário, propulsor da reestruturação da assistência em saúde no Brasil. Como vimos, o processo de Reforma Psiquiátrica teve seu início datado em meados

da década de setenta, e teve alguns acontecimentos como precursores, dentre os quais estão a forte crítica ao Estado autoritário e a precariedade e privatização do setor da saúde no país, inclusive a saúde mental. A Reforma Sanitária nasce nesse mesmo contexto de luta pela redemocratização. Portanto, ambos os movimentos compartilham de ideais de igualdade no acesso aos cuidados de saúde, cidadania e democratização.

Contudo, percebemos que os dois processos se distanciam mais claramente quando consideramos que a Reforma Psiquiátrica prioriza a estratégia da desinstitucionalização e da desconstrução/invenção do aparato médico psiquiátrico, propondo mudanças diretas nas práticas de cuidado - a Reforma Sanitária investiu mais veementemente nas mudanças das políticas nacionais de saúde (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2005).

Podemos afirmar, segundo Onocko Campos e Furtado (2005), que houve vários pontos de divergências entre os dois movimentos, pois enquanto a Reforma Sanitária sempre optou em ocupar lugares estratégicos no aparelho estatal, a RP priorizou o estabelecimento de articulações intersetoriais, a inclusão de familiares e usuários e toda uma sorte de fóruns, associações e manifestações públicas. Essas articulações contribuíram muito para que a iniciativa de RP viesse a extrapolar o setor de saúde, contando com a decisiva adesão de outros segmentos da sociedade. Entretanto, mesmo havendo pontos de discordâncias em algum momento da história, ambas as reformas se ligaram através do SUS e se reaproximaram com a concretização da criação de políticas públicas para a saúde mental.

A incorporação das propostas da Reforma Psiquiátrica ao SUS, tornando-se política de saúde pública, fez com que houvesse uma diminuição gradativa do número de leitos psiquiátricos no país, acontecendo uma transmutação nos modos de assistência psiquiátrica para outras formas de cuidado. Esse novo modo de assistência só foi possível com a entrada da saúde mental na agenda das políticas públicas de saúde. Dessa maneira, a Reforma Psiquiátrica acabou fazendo uso da mesma estratégia da Reforma Sanitária: institucionalizou-se enquanto política oficial de estado (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2005).

Em meio a todas essas mudanças estruturais e (inter) subjetivas, o movimento de RPB, enquanto articulação política foi surgindo como uma tentativa de transformar a visão da sociedade acerca da loucura e de criar novos modelos assistenciais e práticas de cuidado. O esforço sempre esteve voltado para combater as diferentes formas de exclusão da loucura e ajudar no aumento do grau de cidadania e autonomia das pessoas que sofrem psiquicamente, tornando possível que habitem a cidade. Durante muito tempo foram negados vários direitos básicos a essas pessoas; lembramos, como exemplo, da passagem em que Amarante (2007), cita uma história contada por Basaglia, de uma interna do manicômio de Trieste que afirmava ter direito a um pente e insistia em tê-lo, pois achava que estava despenteada, porém nunca ninguém a atendia. Seria o pedido incansável de um pente um sintoma? Ela machucaria alguém com aquele pente? Com a rotulação de doença mental o sujeito se resumia a doença, nada mais que isso, não era possível ao sujeito desejar nada.

Nesse processo, não pode ser deixado de lado um ator de suma importância ao Movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, Paulo Delgado- ex-deputado federal e autor do projeto de lei n° 3.657/89, que continha apenas três itens: construção ou contratação pelo poder público de novos hospitais psiquiátricos; a destinação de verba para a construção de “recursos não-manicomiais de atendimento”, além de tornar obrigatório a comunicação às autoridades judiciárias acerca das internações compulsórias, que emitiria parecer sobre a legalidade da internação (AMARANTE, 2007). Segundo Delgado (2001), o movimento de RP tornou-se “de certa forma a abolição da escravidão do doente mental, seu fim como mercadoria de lucro dos hospitais fechados, da exploração do sofrimento humano com objetivos mercadológicos” (p. 07).

Apenas em 2001, exatamente no dia 06 abril, foi aprovada e promulgada a lei n° 10.216, que ficaria conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. A lei de autoria de

Paulo Delgado tramitou entre as mãos dos senadores e deputados federais durante 12 anos, até ser aprovada, infelizmente com vários cortes, mas sem deixar de ser um importante passo no processo de reforma da assistência à saúde mental. Essa lei trouxe legitimidade e direito a um cuidado à saúde mental mais humanizado e antimanicomial, propondo como principais mudanças: condições mais dignas de assistência à saúde mental, fechamento dos leitos psiquiátricos existentes, assim como a proibição da construção de novos leitos e a criação de novos dispositivos de atenção e cuidado para os sujeitos que vivem em sofrimento psíquico. Desta forma, a verba destinada originalmente às internações passou a ser revertida para assistência extra-hospitalar, substitutiva e de cunho comunitário e social, priorizando que os direitos básicos de cidadania fossem garantidos.

Após anos de processo de RP no Brasil, temos hoje uma realidade de assistência em saúde mental bem diferente daquela preponderante nos hospitais psiquiátricos, que infelizmente ainda insistem em existir. Hoje temos como proposta oficial a estruturação de uma rede de assistência pautada no tratamento em liberdade, prioritariamente na comunidade, no território do sujeito, que leva em conta não apenas o caráter da doença no tratamento, mas, sobretudo, os sujeitos em sofrimento psíquico. Muitas mudanças se deram a partir da promulgação da lei nº 10.216 de 2001, principalmente no que diz respeito à oferta de serviços substitutivos.

Os Centros de Atenção Psicossocial, CAPS, se construíram como equipamentos que priorizam as equipes multidisciplinares e devem ter seu acesso sempre livre, características, dentre muitas outras, que os diferem das instituições que os antecederam, como os ambulatórios de especialidades de saúde mental (de psiquiatria e de psicologia, por exemplo) e os hospitais psiquiátricos. A portaria 224/GM de 1992 já havia instituído os CAPS no Brasil, propondo que fossem serviços capazes de romper com a lógica manicomial, ou seja, com a psiquiatrização e institucionalização da loucura e de outros modos de sofrimento subjetivo. Esses novos dispositivos de cuidado se propunham a funcionar com atendimento diário aos usuários, oferecendo uma série de atividades que trabalhavam para a reinserção social desses sujeitos em seu território, funcionando como um “núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento” (BRASIL, 2005, p. 26).

Após instituir os CAPS, era necessário que garantissem sua regulamentação e isso se deu 10 anos depois, em 2002, com a portaria 336/GM que regulamenta os CAPS e outros serviços substitutivos e os interagem ao SUS. A conquista dessa portaria proporcionou mais reconhecimento e amplitude ao funcionamento e à complexidade dos CAPS, que têm a missão de oferecer:

um atendimento diuturno às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com o objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias (BRASIL, 2004 p. 12) .

Dentre os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, podemos afirmar que os CAPS são os mais significativos e expressivos, já que foram os primeiros serviços destinados a cuidar de outra maneira dos egressos dos hospitais psiquiátricos. O primeiro CAPS foi inaugurado em São Paulo em 1986, o Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, serviço que teve uma representatividade muito grande na história de luta por uma sociedade sem manicômios. Ao longo dos anos, após a portaria que regula os CAPS, foram surgindo muitos CAPS pelo Brasil e muitas experiências exitosas nasceram junto com

os serviços, que foram aprendendo na prática como fazer funcionar um serviço que se propunha substituto ao hospital psiquiátrico.

Além dos CAPS, vários outros serviços surgiram para dar conta da demanda dos egressos das longas internações psiquiátricas, pessoas que haviam perdido completamente os vínculos familiares, que muitas vezes passaram suas vidas dentro de hospitais psiquiátricos. A intenção era clara, acabar com essas instituições, assim, a pergunta que os militantes e trabalhadores mais se faziam era o que fazer com as pessoas egressas dos hospitais psiquiátricos? Para alguns, não achar saída para essa problemática real foi uma justificativa para não acabar com as instituições psiquiátricas. Entretanto, experiências exitosas já aconteciam mundo afora, permitindo se acreditar que encontraríamos nossas saídas, implicadas em lógicas de cuidado antimanicomiais.

Assim, no âmbito das políticas públicas, trabalhou-se e continua-se trabalhando para a implementação de serviços, arranjos e estratégias capazes de lidar com a demanda de novos cuidados e transformações que se colocavam, dentre eles estão: as Residências Terapêuticas, as Casas transitórias, o Programa de Volta para Casa, os CAPS I, II, III, os CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas), os CAPSi (Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil), assim como alguns casos isolados de CAPSad III, os Centros de Convivência, os leitos de atenção integral em hospital geral, para cuidar das urgências e emergências em saúde mental, os Consultórios de Rua, dentre outras ações. Tais serviços são reconhecidos como serviços substitutivos e hoje são partes das redes de saúde mental dos municípios, conhecidas hoje como RAPS- Rede de Atenção Psicossocial, que se instaura formalmente com a portaria nº 3.088 de 2011, embora os serviços que fazem parte dela já existissem como prática em certos municípios mesmo antes de sua criação.

Desta maneira, se aposta nos serviços substitutivos como “um conjunto de estratégias e de cuidados emancipadores que transformem o *corpo-sujeito-asilado* no *corpo-sujeito-autônomo*” (FERREIRA, 2003 p. 02), mesmo que essa aposta seja considerada um pouco idealizada. Considerar os sujeitos enquanto possuidores de subjetividade, de desejos, de histórias, de vida, passa a ser o lema das práticas dos CAPS.

Os sujeitos que conseguiram se livrar das grades dos manicômios passaram a ter uma vida que talvez muitos nem tenham um dia conhecido, já que há histórias de pessoas que passaram suas vidas praticamente inteiras dentro de uma instituição psiquiátrica ou que passaram anos e mais anos internados, alguns sem nem mesmo saber o porquê. As histórias são intensas e emocionantes, mas lamentável, acima de tudo, é pensar que pactuamos durante anos para que acontecessem práticas desumanas dentro daquelas instituições, muitas delas semelhantes às que aconteceram no holocausto na época do nazismo, como já mencionado sobre a Colônia de Alienados de Barbacena.

Esses novos serviços são oportunidades de uma nova forma de existência para os sujeitos que vivem com algum tipo de sofrimento subjetivo. As residências terapêuticas, por exemplo, são exemplos de uma nova oportunidade na vida de muitas pessoas egressas de longas internações, são espaços de interação, uma via de acesso para (re) construção das relações sociais dos usuários com o bairro, com a cidade e com mundo. Elas têm a proposta de possibilitar que se restabeleça “o conceito de autonomia, presente na concepção de práticas democráticas, ou seja, pessoas livres, com iguais ofertas de oportunidades, que possam administrar as próprias vidas e decidir o próprio destino” (FERREIRA, 2003 p. 02).

Conforme mencionado acima, na conjuntura atual, o principal serviço da rede de saúde mental é o CAPS, são mais de mil e seiscentos espalhados pelo Brasil (BRASIL, 2014). Em 2006 eram 952 fato que demonstra o “boom” que esses serviços tiveram. É preconizado que o CAPS seja o articulador da rede de saúde mental, configurando-se com a principal porta de entrada para o tratamento em saúde mental. Espera-se ainda que ele se responsabilize pela população egressa dos hospitais psiquiátricos, assim como pelos novos casos que necessitem

de cuidado intensivo ou moderado. Hoje, com a criação da RAPS, a tendência é que os municípios passem cada vez mais a dar conta das urgências e emergências em saúde mental no próprio território, através dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais e estratégias onde o CAPS também participe desse momento da “crise”.

Consideramos, assim, que um dos aportes para operacionalizar o trabalho que se espera dos CAPS e de outros serviços substitutivos seja a clínica ampliada, a atenção psicossocial, que serão discutidas em um dos subtemas do tópico seguinte.

3.4 Modos de apropriação das propostas da reforma psiquiátrica

Nosso objetivo aqui nesta dissertação é saber como tem sido na prática dos profissionais de um CAPS a apropriação das propostas da Reforma Psiquiátrica. Gostaríamos de destacar que a constatação de uma reduzida bibliografia encontrada sobre os modos de apropriação das propostas da RP pelos profissionais é algo que tem colaborado para a sustentação dessa pesquisa. Consideramos que são os profissionais que direcionam o cuidado dentro dos serviços substitutivos e por isso nosso interesse em ouvi-los. A seguir, apresentamos alguns artigos científicos que abordam essa questão.

3.4.1 Práticas de cuidado desenvolvidas dentro dos CAPS

Na cartilha do Ministério da Saúde sobre a saúde mental no SUS de 2004 (Brasil, 2004) são fornecidos alguns princípios ideológicos, práticos e políticos que os serviços como os CAPS deveriam assumir. Podemos dizer que as cartilhas de instruções são criadas para facilitar o entendimento de princípios básicos que as equipes devem ter conhecimento. Nossa experiência vem mostrando que, mesmo sendo um material didático básico e esclarecedor, é raro que seja apresentado às novas equipes ou aos profissionais iniciantes a fim de esclarecer dúvidas e apresentar conceitos norteadores. À luz dessa discussão, trazemos um trecho da referida cartilha sobre as práticas realizadas nos CAPS:

ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana (BRASIL, 2004 p.15).

Ao nos dizer que as práticas devem ser atravessadas por um amplo olhar sobre os sujeitos, a cartilha, que permitiria um contato inicial com o tema, nos traz questões cruciais para pensar o cuidado com o sofrimento psíquico. Uma das questões é sobre o conceito de cotidiano, que para Leal e Delgado (2007) é essencial para pensar a conjuntura atual do campo da saúde mental, mais especificamente dentro dos CAPS. Os autores se referem aos CAPS como um importante instrumento “capaz de produzir uma relação e um lugar social diferentes para a experiência da loucura e para aquele que a *experiencia* no seu dia-a-dia, no seu cotidiano” (idem, p.01), possibilitando assim outro modo de se envolver com o social, com a cidade.

Ao declararem que é no dia-a-dia que as práticas de cuidado se dão, ou que a “estratégia ‘caps’ de cuidado” (LEAL E DELGADO, 2007 p. 01) acontece, os autores nos

alertam para que olhemos mais para o cotidiano das práticas desenvolvidas, defendendo a ideia de que para que o processo de desinstitucionalização aconteça é necessário um tripé que ajude a sustentar essa proposta dentro dos CAPS, composto por: rede, clínica e cotidiano. Questionamos se em nossa realidade atual estaríamos conseguindo sustentar esse tripé.

Leal e Delgado (2007) falam da inseparabilidade da clínica e do cotidiano no processo de desinstitucionalização, enfatizando que neste processo é intrínseco o caráter do cuidado e do modo de funcionamento dos serviços substitutivos. Entretanto, mesmo sendo fatores intrínsecos à existência desses serviços, os autores afirmam que no cotidiano dos CAPS é possível perceber um esvaziamento e empobrecimento dos sujeitos, no sentido de eximir a subjetividade da cena de tratamento, similar ao que as instituições asilares produziam - voltaremos a essa questão em momento posterior, na discussão dos resultados.

Quando falamos de cotidiano no campo da saúde mental é imprescindível que abordemos as noções de rede e território. Sabemos que apenas o deslocamento de território, mesmo que destituídos de muros, não é suficiente para combater o desejo de exclusão, de estigmatização e de preconceito em relação à loucura que a sociedade alimenta o tempo todo. Ao declararem que o manicômio ultrapassa o geográfico e o visível, Leal e Delgado (2007) nos dizem que os CAPS, mesmo sendo um serviço substitutivo, são passíveis de reproduzir práticas manicomialis. Leal e Delgado (2007) consideram um grande desafio transformar os territórios em lugares de produção de cuidado, possibilitando que neste território haja articulação com toda a rede de cuidado presente. Entende-se que uma rede é composta por diversos atores que precisam encontrar formas de comunicação e compartilhamento de responsabilidades para que haja uma fluidez no trabalho de cuidado.

A necessidade do trabalho em rede é unânime entre os estudiosos e militantes da RP. Entretanto, há algumas diferenças no que diz respeito às formas com que se propõe o desenvolvimento do cuidado aos chamados *loucos*. Tenório (2001) afirma haver um campo teórico-prático dentro da reforma psiquiátrica que se divide em três vertentes: a desinstitucionalização, a clínica institucional e a reabilitação psicossocial. Para o autor, essas vertentes são atravessadas mais especificamente pelas orientações da Psiquiatria Democrática Italiana e Psicoterapia Institucional Francesa, ambas consideradas as mais importantes influências na Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A desinstitucionalização, como uma primeira vertente, é um conceito caro para a Psiquiatria Democrática Italiana, que faz questão de negar a instituição da doença mental, no lugar de negar o hospital psiquiátrico em si. Os proponentes dessa abordagem não aceitam a tese reducionista e simplificada de doença mental, ou seja, a apreensão da loucura como doença mental, ação fundadora da clínica psiquiátrica (TENÓRIO, 2001). Para Rotelli (1990) o objeto da psiquiatria não deveria ser a periculosidade ou a doença, mas sim a “existência-sufrimento dos pacientes e sua relação como o corpo social” (idem, p. 01).

Para Rotelli (1990) durante muito tempo formou-se instituições em torno de uma fictícia doença, entendendo-a como algo estanque da sociedade e do próprio corpo do paciente, sendo necessário romper com isso. Assim podemos afirmar que a ruptura com o paradigma fundante da instituição doença mental, “o paradigma clínico, foi o verdadeiro objeto do projeto de desinstitucionalização e a ruptura do paradigma se fundamentava também na ruptura da relação mecânica causa-efeito na análise da constituição da loucura” (idem, p. 01). Desta forma, o autor considera que para haver a desinstitucionalização é preciso haver trabalho extramuros, onde não haja ambulatórios, menos de profissionais psi, necessitamos de mais profissionais da arte, da cultura, poetas, pintores. Precisamos de laboratórios de produção de vida, “um lugar onde os papéis são intercambiáveis e o trabalho dos operadores que os coordenam tem por objetivo experimentar práticas inovadoras” (ibidem, p. 01-02).

Voltando a Tenório (2001), ele nos traz uma segunda vertente, que faz referência à “positividade da clínica como campo de trabalho com a loucura” (p. 54), situando de outra

maneira a clínica, sendo esta caracterizada como um lugar para possibilitar a criação de laços sociais para quem tem dificuldade de fazê-los. Além disso, a positividade da clínica no campo da reforma psiquiátrica tem relação com a possibilidade de estabelecer outro modo de lidar com o sofrimento psíquico, considerando sua potência transformadora.

A psicoterapia institucional francesa, como uma “clínica institucional”, é considerada uma das influências dessa outra clínica que Tenório (2001) defende, mas não como única referência. O autor ainda sugere que, em sua maioria, os serviços substitutivos brasileiros, como os CAPS, têm essa perspectiva como direcionamento das práticas neles desenvolvidas.

Ainda sobre a prerrogativa de Tenório (2001), temos a terceira vertente, que é a da reabilitação psicossocial, que se caracteriza como ajuda aos sujeitos, que de grosso modo, foram prejudicados em suas capacidades e habilidades em decorrência da doença. Podemos afirmar que essa vertente tem um direcionamento pedagógico, “de educação para a vida social, mas também traz para o primeiro plano a questão da existência: tratar é ajudar a recuperar a competência social” (idem, p.54).

Encontramos poucos estudos que façam menção a essa distinção entre as vertentes da Reforma do Cuidado e sua relação com a operacionalização do cuidado. De modo geral, os autores abordam a temática da clínica ou do cuidado sem localizá-la numa perspectiva específica dentre os teóricos da RP. Mielke et al (2009), por exemplo, trazem uma pesquisa realizada com profissionais de um CAPS sobre o entendimento que tinham acerca do cuidado. Os autores realizaram entrevistas e tiveram como pergunta disparadora para os profissionais: “Qual o seu entendimento acerca do cuidado em saúde mental?”. Relatam que, de modo geral, os profissionais do serviço em estudo consideravam que “cuidado em saúde mental segue os princípios da integralidade, assistindo o usuário em todas as áreas do ser humano-biopsicossocial e espiritual, não fragmentando o cuidado” (idem, p. 161). Aparece ainda nas entrevistas um discurso acerca do cuidado humanizado, além da existência de vínculos entre equipe e usuário, criando um sentimento de responsabilização pelo cuidado em ambos.

Os autores puderam perceber práticas pautadas pela humanização, entendendo-a “como estratégia de interferência no processo de produção da saúde, buscando o alcance da qualificação da atenção e da gestão em saúde no Sistema Único de Saúde” (MIELKE ET AL, 2009 p. 162), além de aproximarem o cuidado humanizado aos sentimentos de empatia, de afetividade, de envolvimento e de aproximação entre cuidador e aquele que é cuidado, evitando apenas características técnicas.

Ainda sob a prerrogativa de Mielke et al (2009), a transformação das formas de cuidado em saúde mental mostra-se viável e favorece a efetivação da proposta da RP, apostando no caráter reabilitador dos CAPS. Por fim, os autores sugerem que os profissionais entrevistados “entendem o cuidado em saúde mental como uma ação abrangente, que vai além do cuidado específico com a saúde mental, que envolve a família e a sociedade, quando compreende a reabilitação psicossocial como o centro do cuidado” (p. 163-164).

A nosso ver, o tipo de cuidado que a atual política de saúde mental brasileira propõe coaduna bem com as discussões acerca do que costuma chamar-se de *clínica ampliada*, *clínica da atenção psicossocial* ou, ainda, *clínica da reforma*, que aqui neste trabalho serão tratadas como conceitos correspondentes, estando claro que existem diferenças entre tais expressões. Considerando que as práticas da clínica ampliada são, inclusive, formalmente sugeridas nos Manuais Oficiais sobre o CAPS, apresentaremos brevemente os seus principais pressupostos. Para isso, recorreremos também a Campos (2003; 2007), que é uma referência quando se fala em diferentes modos de se pensar e produzir saúde. O autor nos traz uma reflexão sobre a necessidade de mudança de paradigma nas práticas de cuidado, fazendo uso das ideias de Franco Basaglia sobre clínica e de Antonio Gramsci e Jean-Paul Sartre sobre práxis.

Segundo Campos (2003), Gramsci tem o materialismo histórico como base e discute as manifestações de massa, permitindo muitas indicações valiosas para se pensar a complexidade das relações sociais. Esse autor pensava o sujeito como possuidor de um potencial criativo que permite se “inventar o novo, apesar das determinações ou dos condicionamentos estruturais, quer fossem eles biológicos, biográficos, econômicos, políticos ou históricos” (CAMPOS, 2007 p. 51). Porém, Gramsci não se debruçou na “dialética alienação/libertação, ou seja, sobre as maneiras de se produzir Sujeitos com altos coeficientes de autonomia” (idem). Enquanto que Sartre, originário do existencialismo radical, “praticamente liquida qualquer relação dialética entre Sujeito e Objeto, ao atribuir ao Sujeito quase que a responsabilidade total pela construção de Sentido ou de Significado para as coisas ou para os fenômenos” (idem, p. 52).

Na visão de Campos (2003), ambas as teorias se complementaram e ajudaram Basaglia a pensar suas práticas por uma perspectiva em que os sujeitos são atores principais na cena de tratamento. Basaglia, segundo Campos (2003), teria bebido dessas fontes para repensar as políticas e práticas em saúde. Entretanto, qual relação teria tais teorias com a clínica? O que teria a contribuir as ideias que levam em conta o sujeito e seu entorno? Na aposta clínica que Gastão faz, a qual chamou de *clínica do sujeito* ou *clínica ampliada*, é pertinente pensar nos sujeitos como frutos de muitos atravessamentos. A aposta é em uma perspectiva fenomenológica, onde:

sai o objeto ontologizado da medicina - a doença - e entra em seu lugar o doente. Mas não um enfermo em geral, mas um Sujeito concreto, social e subjetivamente constituído. Toda ênfase sobre uma existência concreta e sobre a possibilidade de se *inventar saúde* para estes enfermos (CAMPOS 2003, p. 53).

Ao apresentar essa reflexão crítica acerca das práticas de saúde, Campos (2003) certamente, não se refere apenas ao nosso campo de pesquisa - a saúde mental -, ou seja, não é uma proposta de mudanças apenas às práticas manicomialis, mas sim ao modo como o sujeito e a doença são interpretados no campo da saúde de forma geral. Assim, a ideia de se colocar a doença entre parênteses, elaborada por Basaglia e trazida por Amarante (1996, 2007), tem o objetivo de trazer para o debate a prerrogativa de que a doença não deve definir os sujeitos. A ideia de se colocar a doença entre parênteses fundamenta-se na tentativa de fazer com que a doença seja vista apenas como parte da história daquele sujeito, como outras coisas da vida de uma pessoa, como trabalhar, estudar, sair, namorar. Assim, o sujeito que sofre psiquicamente e vive com algum tipo de transtorno mental teria a possibilidade de não vivenciar tão brutalmente a estigmatização produzida pela doença, o que permite que nos ocupemos do sujeito em suas experiências de vida. Para Amarante (2007):

Colocar a doença entre parênteses não significa a sua negação; a negação de que exista algo que possa produzir dor, sofrimento, diferença ou mal-estar. Significa a recusa à explicação psiquiátrica; à capacidade de a psiquiatria dar conta do fenômeno com a simples nomeação abstrata de doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber naturalístico da psiquiatria (AMARANTE, 2007 p. 05).

Nessa aposta pela clínica do sujeito, a doença é colocada entre parênteses, porém não é negada, já que se reconhece a dimensão e a existência do sofrimento como algo concreto na vida das pessoas, em particular na saúde mental, onde sabemos da complexidade de se

conviver com alguém que sofre psiquicamente. Assim, Campos (2003; 2007), através de Basaglia, nos propõe uma nova dialética entre sujeito e doença. A clínica ampliada coloca a doença entre parênteses para dar de volta ao sujeito um lugar, passa-se a cuidar da doença de um sujeito concreto. Consequentemente, o entorno social do sujeito passa a ser levado em conta, de modo a não ser possível avaliar um caso sem considerar o contexto em que está inserido. Quando se fala em clínica ampliada é necessário considerar cada caso isoladamente, com sua singularidade.

Onocko Campos (2011) nos traz a reflexão sobre a clínica do CAPS pela perspectiva, prioritariamente, desta clínica ampliada, ou da clínica do sujeito. Nesta visão de clínica, a doença nunca ocupa o lugar de sujeito, o deslocamento causado por ela nunca é total. Dessa forma, a “clínica ampliada seria aquela que incorporasse nos seus saberes e incumbências a avaliação de risco, não somente epidemiológico, mas também social e subjetivo, do usuário ou grupo em questão” (idem, p. 101). A clínica ampliada prioriza ser uma ferramenta de articulação e inclusão entre as diferentes disciplinas e outros enfoques que compõe as equipes, o que permite que se olhe de modo singular e complexo para os casos.

Não podemos esquecer que a ampliação e reforma da clínica está intimamente ligada a uma reforma cultural dentro das estruturas disciplinares dos trabalhadores, assim como em muitos setores da sociedade. Torna-se necessário criar mecanismos de reforma também nas práticas sociais, como a educação, a justiça, a assistência social, a cultura. Além dessa mudança cultural do modo de entender promoção de saúde, na clínica ampliada, “buscar-se-á construir modos para haver uma co-responsabilização do clínico e do usuário”(CAMPOS E AMARAL, 2007). Na clínica ampliada é importante que se trabalhe também os conflitos, se faz necessário que estejamos abertos para além da repetição do diagnóstico, para além do que o sujeito apresenta como igual, é necessário ver o que o sujeito traz de diferente, de singular (ONOCKO CAMPOS, 2011). E para perceber essa singularidade dos sujeitos, a autora defende que para se ter um projeto em um serviço de saúde se faz necessário incluir uma proposta clínica, lembrando “que o subjetivo é próprio do projeto, como o técnico o é do plano” (idem, p. 108), entendendo-se aqui projeto como algo que tenha permanência e o plano como uma “figura fragmentária e provisória” (idem).

Outro conceito importante na clínica ampliada é o de autonomia. Costuma ser difícil falar sobre esse conceito, já que é comum ouvirmos profissionais considerando que são encarregados de produzir a autonomia nos usuários. Entretanto, Campos e Amaral (2007) asseveram que ninguém produz nada no outro. Os autores sugerem que pensemos em termos de grau de autonomia, que

pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contrato com outros (CAMPOS E AMARAL, 2007 p.852).

Para a concepção de clínica, estamos apostando aqui, achamos relevante saber que o sujeito de que falamos é considerado uma expressão da relação *humano-social*. Independente da linha teórica dos trabalhadores há algo que deve perpassar todas as escolhas teóricas quando elas estão dentro de um serviço substitutivo de saúde mental que tem um compromisso com a atenção psicossocial: trata-se da aposta de que “o cuidado deixa de dizer respeito apenas à doença e passa a dizer respeito também ao sujeito que sofre e ao modo de sofrer que constrói a partir da sua relação com o social. As ações de cuidado passam a acontecer onde o sujeito vive” (LEAL E DELGADO, 2007 p. 05).

As questões levantadas acima ajudarão na reflexão dos núcleos de sentido, que discutiremos mais à frente e que trazem conteúdos importantes da pesquisa de campo. Algumas das ideias serão inclusive retomadas e discutidas junto desses resultados da pesquisa.

3.4.2 Dilemas da Reforma Psiquiátrica

Faremos uma rápida retomada a algumas das principais ideias de importantes autores da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que versam sobre a sustentabilidade das propostas deste movimento.

Sabemos que a RP vai muito além da implementação de leis, ela na verdade inaugura uma nova relação com o sofrimento psíquico, além de novas formas de abordagem, instaurando assim “uma nova resposta social ao adoecimento e ao doente mental” (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2005 p. 113). Certamente a lei nº 10.216 de 2001 trouxe a implementação de novas políticas de saúde mental em âmbito nacional, o que proporcionou mudanças estruturais importantíssimas. Mas, questionamos aqui, como os ideais que essas políticas carregam teriam sido internalizados pelos trabalhadores e gestores? Ou seja, em que medida a implementação dessas políticas causou transformações nas práticas de cuidado dos serviços? Alguns autores se propuseram a discutir dilemas da RP que caminham na direção desses questionamentos, conforme apresentamos a seguir.

Com a promulgação de uma lei obtém-se a efetivação de mudanças macropolíticas, que são importantes para a transformação de conjunturas. Entretanto, questiona-se aqui, como tem se dado as mudanças no nível micropolítico, no dia a dia dos serviços? Onocko Campos e Furtado (2005) nos convidam a:

tocar em um dos dilemas da reforma psiquiátrica: a decodificação cotidiana dos princípios políticos, ideológicos e éticos da reforma psiquiátrica pelos atores que realizam na ponta, ou seja, no contato direto com o usuário. O que fazer para que os novos serviços e seus trabalhadores efetivem realmente novas políticas, novas respostas, novas posturas entre os usuários? (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, p.114).

Os autores Onocko Campos e Furtado (2005) sublinham que o maior desafio desse processo de Reforma Psiquiátrica é o de como transpor seus princípios para o plano das práticas, das tarefas, no cenário dos serviços. A reforma assumiu a função política de não permitir a cronificação de suas práticas e serviços, uma árdua tarefa. Falamos em cronificação que muito se confunde com institucionalização, que também está presente no cotidiano dos serviços e, de certa forma, é necessária aos movimentos do *instituído-instituente*. Contudo, ela impõe o risco de haver uma restrição para os espaços de criação e de construção de estratégias singulares, necessárias diante das particularidades de cada território brasileiro. Ou seja, ela impõe o risco da burocratização e da perda do poder instituinte do cuidado. Assim, torna-se um grande desafio “estar dentro da rede sem se enredar na armadilha do instituído” (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2005, p.118).

Onocko Campos e Furtado (2005) afirmam ainda que o trabalhador da saúde mental teria uma maior tendência a se burocratizar e se alienar do que outros trabalhadores da saúde em geral. Isso porque a convivência com a loucura e o que se desdobra dessa experiência não é algo fácil de lidar, “razão pela qual, justamente, as sociedades criaram todas as formas de defesa que hoje tentamos superar” (p. 114). Sabemos que para fugir dessa realidade o caminho

mais adequado seria investimento em formação continuada, supervisão clínico-institucional, além do incentivo para que nas próprias formações acadêmicas haja mais contato com a temática da RP e a proposta da atenção psicossocial.

Entretanto, nossa experiência vem mostrando que no cotidiano dos serviços a realidade com que nos deparamos é a de falta desses investimentos, e como consequência temos, muitas vezes, profissionais despreparados e pouco envolvidos com o cuidado, com todo peso que essa palavra carrega. Novamente Onocko Campos e Furtado (2005) nos alertam para o fato dos atuais profissionais dos serviços substitutivos não terem tido contato com a dura realidade dos hospitais psiquiátricos e, ainda, como já afirmado acima, terem tido pouco contato durante suas formações com a realidade da saúde mental. Fato esse que muitas vezes implica na falta de posicionamento crítico frente à realidade atual da atenção psicossocial. Diante disso, questionamos ainda sobre:

como trans-portal e trans-formar os novos referenciais para os serviços (novos ou não), de modo a garantir a oferta e realização de práticas assistenciais essencialmente não segregadoras, não alienantes e inclusivas? Considerando que tais diretrizes materializam-se e atualizam-se no contato entre profissional e paciente, até que ponto esse encontro estaria imbuído das novas concepções? (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2005 p. 113).

Assim, Onocko Campos e Furtado (2005) nos ajudam a refletir em torno da institucionalização dos novos serviços e estratégias assistenciais de saúde mental. Atravessados pela inquietação da possibilidade de se instaurar novas posturas no cuidado é que nos propomos a questionar se “seria possível oficializar a reforma psiquiátrica, mantendo ao mesmo tempo sua potência e capacidade de instaurar o novo, de colocar em questão instituições e paradigmas?” (idem, p. 113). Seria viável enquanto política de estado manter o caráter instituinte que a reforma psiquiátrica se propôs a sustentar desde o início? São questões importantes que nos obrigam a refletir sobre o cenário atual das práticas realizadas nos serviços substitutivos de saúde mental que temos disponível, mais especificamente no CAPS.

Ainda sob a prerrogativa dos autores acima citados, a gestão dos equipamentos é considerada a melhor maneira de lidar com o dilema colocado pelo risco da institucionalização. Para tanto, os autores propõem um tipo de organização dos serviços que promova o encontro das diretrizes políticas com modelos de gestão tendentes à horizontalização, que possibilitam a “maior participação dos profissionais da saúde e da população no gerenciamento das políticas de saúde ali realizadas” (idem p.113). Isso se daria através da implementação de modelos de gestão participativos, ou seja, da co-gestão dos equipamentos, a ser protagonizada pelos diferentes atores que envolvem um serviço e a rede onde está inserido. Sobre essa questão, retornaremos mais a frente, onde exploraremos melhor a importância da gestão dos equipamentos como algo importante a ser pensado quando referimo-nos a um serviço de saúde mental.

Ainda sobre os dilemas da RP, trazemos à discussão artigos que se referem aos profissionais que hoje atuam nos CAPS como importantes atores no processo de RP, mas que podem correr o risco de se alimentarem de práticas manicomiais de cuidado. Nesse sentido, Mielke et al, (2009) nos alerta para o fato de que muitos dos profissionais de hoje “trabalham ou trabalharam em hospitais psiquiátricos, havendo assim, necessidade de educação em serviço, maiores investimentos em estudos e pesquisas na área” (p.160). Em contrapartida, Onocko Campos e Furtado (2005) mostram preocupação em relação aos profissionais que não tiveram “oportunidade de aprender com o antiexemplo de alguns manicômios ou não tiveram

contato com a militância e os movimentos pró-reforma” (idem, p.114). Trazemos ainda a colaboração de Pitta (2011) que afirma que muitos dos “profissionais que poderiam fazer a diferença em termos de implicação ética e técnica com a “boa prática”, para sustentar a interdisciplinaridade por consequência a potência das equipes nos territórios, parecem desconhecer, ou não se sentem convocados, ao apelo ético-político” (idem, p. 4582) das propostas da RP.

Podemos afirmar que tais opiniões dizem respeito ao pouco investimento da academia na temática em questão, já que os profissionais da saúde se formam e não têm contato com os pressupostos básicos de um cuidado baseado nas propostas da RP. Assim, as categorias profissionais que compõe as equipes dos serviços substitutivos têm, ainda incipientes, contato e discussão sobre saúde mental, deixando um vácuo entre conhecimento e prática. No mesmo sentido, Gomes Pinto (2007) salienta que precisamos repensar as práticas de gestão e de formação, pois reflexões críticas são “úteis para a formação de profissionais interessados na transformação e que se interrogam a respeito do que, hoje, é uma prática de resistência em Saúde Mental” (idem, p. 06).

No bojo dessa discussão, Alvarenga e Dimenstein (2006) nos trazem a ideia de possíveis ‘desejos de manicômio’ presentes mesmo em serviços ditos substitutivos. Os autores consideram que a reforma psiquiátrica é sustentada pela “proposta de projetos terapêuticos ancorados na ideia de reinserção social, na busca da afirmação da autonomia e cidadania do louco” (idem, p.300). Entretanto, os autores encontraram certo distanciamento desse quadro nos CAPS em que realizaram sua pesquisa, além de considerarem que esses pressupostos são ainda insuficientes para colocarmos em prática a proposta de desinstitucionalização da loucura.

Os autores acreditam que os ‘desejos de manicômio’ atravessam todo o tecido social, além de alimentar nas instituições algo que é oposto ao funcionamento de uma instituição antimanicomial. Segundo eles, as equipes de saúde mental são, muitas vezes, capturadas por uma lógica manicomial, de modo que as práticas dentro dos serviços tendem a se institucionalizar (ALVARENGA E DIMENSTEIN, 2006). Essa questão se mostra como um paradoxo das instituições, como já iniciamos anteriormente,: há uma dimensão instituída, que mantém as normas e regras, e também deve haver uma dimensão instituinte, que se propõe a sustentar a criatividade, o movimento, a abertura para o novo. Mas, como manter esse caráter instituído-instituinte dentro dos CAPS?

Sob essa prerrogativa, Alvarenga e Dimenstein (2006) consideram que as “formas manicomiais de expressão ou de subjetividade permeiam todo o espaço-tempo, atravessam nossas ações” (p. 300), de modo que, quando presentes, pouco possibilitam brechas para a criatividade, tão importante para nosso processo de reforma. Podemos afirmar que a conquista da RP não foi um alcance de liberdade, mas sim de uma dimensão de libertação, representada pelo rompimento dos muros dos hospitais e pela instauração de outros modos de cuidado. É importante pensar por esse viés para não acharmos que o CAPS é o fim do movimento de reforma, ao contrário, pensar que as mudanças são clínicas, mas também são políticas e são constantes.

Nesse sentido, Benilton Bezerra Jr. (2011) nos alerta para os desafios de aprender a conviver com esse movimento de instituído e instituinte, que nos exige constante e intenso “jogo de cintura”:

quem está no governo precisa ser acossado pelos movimentos sociais, ou será engolido pelo monstro da máquina política burocratizada. Os problemas na realização municipal das diretrizes normativas nacionais deixam isso muito claro. Por outro lado, quem não deseja se cristalizar na posição de alternativo tem que

aceitar o desafio de Sartre, e meter as mãos na política de estado (BEZERRA JR., 2011 p. 4598).

Não queremos, ao falar dos dilemas da RP, trazer a falsa ideia de que só estaríamos observando os impasses e, desse movimento, esquecendo dos pontos exitosos, não é essa a intenção aqui. Ao trazermos para essa discussão os dilemas da RP, tentamos trazer à tona o que ainda precisa melhorar, rever, reformular, no intuito de estarmos comprometidos sempre com o processo de reforma, entendendo-o como algo que está acontecendo, que está em processo.

3.4.3 Significações do cuidado por profissionais

Neste subtema, abordaremos os modos como os profissionais significam, representam, definem ou se expressam em relação ao cuidado e às práticas clínicas em Saúde Mental.

Para nos ajudar nessa tarefa, iniciamos trazendo um artigo sobre a visão dos psiquiatras sobre a rede de atenção à saúde mental. Escolhemos trazer tal artigo para compor essa pesquisa, apesar dele não abordar diretamente o cuidado, pois acreditamos que o cuidado está sempre implícito nas reflexões acerca da rede de saúde mental, incluindo aí as práticas nela desenvolvidas. Podemos compreender a rede de atenção à saúde mental como uma rede que abarca “vários atores que compõem a vida do usuário na cidade, rompendo com a lógica segregadora e exclusivista do modelo anterior, que tinha no discurso médico-psiquiátrico sua única baliza” (MALAMUT ET AL, 2011 p.128).

A pesquisa foi realizada com nove profissionais psiquiatras dentro de um hospital psiquiátrico público, tendo como proposta investigar através de médicos psiquiatras a incidência do discurso da reforma sobre as práticas desses. Como foco da pesquisa, desejava-se saber como os trabalhadores entendiam a rede de atenção da qual faziam parte. Para disparar questões aos entrevistados foram propostas algumas perguntas, sendo que aquelas que mais nos interessam aqui são: “seu trabalho sofre influências da reforma psiquiátrica?” e “como você entende o funcionamento da rede e qual o lugar do hospital nela?” (MALAMUT et al, 2011 p.130). As questões que surgiram nas entrevistas foram das mais diversas, mas traremos aquelas que mais colaboraram para a temática de nossa pesquisa. Segundo os autores, na visão dos psiquiatras participantes da pesquisa, “a reforma psiquiátrica tem pouca relação com o modo de tratamento ou o lugar social do louco. Trata-se de uma briga de poder entre médicos e não médicos” (idem, p.132). Os entrevistados também consideraram ter havido uma espécie de “dispersão” do saber psiquiátrico com o processo de RP e, conseqüentemente entendemos que a entrada de outros profissionais para lidar com a loucura fez com que houvesse uma perda de poder dessa categoria. Referem-se à RP como sustentadora de um novo modelo de assistência à saúde mental, onde “o trabalho do psiquiatra seria desnecessário” (ibidem, p. 131).

Malamut et al (2011) nos traz que, embora os entrevistados não considerem que tenha havido mudanças significativas com a reforma, contraditoriamente surgem discursos de que a RP “tem reconhecida sua eficiência em melhorar a assistência aos pacientes” (idem, p. 134). Em contrapartida, oito dos nove participantes da pesquisa tiveram posições contrárias ao fechamento dos leitos em hospitais psiquiátricos, assim, foi unânime a defesa da permanência do hospital psiquiátrico. Defende-se, nas entrevistas, que os serviços substitutivos surgiram para substituir o hospital psiquiátrico, entretanto, acabam fazendo uso dele, tornando-se assim complementares a ele. Apenas uma das entrevistadas discorda da grande maioria, defendendo o fechamento dos hospitais psiquiátricos de maneira que impulsionasse a reforma.

A pesquisa mostrou certa negação quanto à participação do saber psiquiátrico na execução de atos manicomial. É presente nos discursos dos entrevistados a ideia de que é necessário um local fisicamente diferenciado, em relação aos serviços substitutivos, para se receber as crises, para conter o paciente. A maioria não acredita que o aparato de um CAPS dê suporte aos médicos, considerando que apenas a arquitetura hospitalar dá conta disso, sustentando assim a imposição de limite ao outro, questão que a reforma tanto tenta sanar. Assim, Malamut et al (2011) afirma: “a materialidade e a arquitetura do local de atendimento evidenciaram a importância do não discursivo como produtor de formas de diferentes atos clínicos e, por consequência, de diferentes discursos” (p. 141).

A pesquisa concluiu que houve importantíssimas conquistas a partir da RP, como a construção de novos dispositivos, a busca de novos percursos, o desmonte de antigas lógicas. Entretanto, os autores consideram que as mudanças não foram suficientes, e alertam que a “incrível plasticidade dos discursos para se manter no jogo de poder deve ser foco de atenção” (MALAMUT et al, 2011 p. 146).

Outro artigo que trazemos para compor essa temática de significações do cuidado discute os sentidos do trabalho e do imaginário organizacional em um CAPS. Segundo Vasconcelos e Azevedo (2010), o objetivo da pesquisa era de investigar as matrizes que o vínculo adquire na atual conjuntura da Saúde Mental e da Reforma Psiquiátrica. Para isso, fez-se uso da teoria da psicossociologia francesa de Eugène Enriquez e da ideia de dinâmica de sofrimento-prazer de Christophe Dejours. Foi uma pesquisa empírica que pretendeu se relacionar com três macros cenários que envolvem a dinâmica intersubjetiva do trabalho: a sociedade contemporânea, o SUS e a Reforma Psiquiátrica.

Os autores consideram a Reforma Psiquiátrica como um processo de reformulação das formas de cuidado, sendo o CAPS entendido como um dispositivo que está na condição de organizador da rede de saúde mental. Mas, questionam que impactos teve a reforma nas práticas assistenciais e no vínculo do profissional com seu trabalho. A pesquisa por eles desenvolvida mostra que alusões à Reforma Psiquiátrica apareceram com frequência nas entrevistas dos profissionais, além do entendimento do CAPS como um serviço que dá sentido ao processo de transformação dos modos de cuidado. Houve possibilidade de perceber investimento psíquico e identificação com as propostas da reforma, o que se configura como essencial ao compartilhamento de um projeto social organizacional (VASCONCELOS E AZEVEDO, 2010).

Através da ida a campo, os autores afirmam que foi possível, durante as reuniões de equipe, perceber as discussões em torno da reforma como um apelo reflexivo que teria como função alimentar e difundir o sentido da substituição do modelo manicomial, mantendo os profissionais em torno do eixo do cuidado. Puderam também identificar que há a tentativa de reduzir o vão existente entre profissional e usuário, entretanto sem deixar de assumir a existência ainda de relações de poder entre eles (VASCONCELOS E AZEVEDO, 2010).

Outro aspecto apontado pelos autores foi o fato de que a configuração de um trabalho intenso e desgastante nos CAPS foi observado devido, muitas vezes, ao constante confronto com o modelo manicomial. Em relação às dificuldades que o serviço apresentava, o cenário encontrado foi de um cotidiano de trabalho permeado de dificuldades e obstáculos, como a falta de investimentos financeiros e materiais (VASCONCELOS E AZEVEDO, 2010).

Segundo Vasconcelos e Azevedo (2010), o imaginário de transformação da assistência assumiu nessa pesquisa feição de grandiosidade, de tal modo que, em relação ao exercício profissional, encontraram-se representações do sacrifício, mas também do enobrecimento. Por fim, os autores colocam que foi possível identificar que no campo estudado houve uma transmutação da assistência para além dos planos teórico-conceitual, teórico-assistencial, jurídico-político e sociocultural, sendo o plano imaginário impulsionador de novos sentidos para assistência. Demonstraram ainda que a presença do imaginário de transformação não

garante a plena mudança das práticas. De todo modo, nas reuniões de equipe houve confrontos entre diferentes elementos imaginários e surgiram muitas discussões auspiciosas, possibilitando a mobilização necessária às transformações.

Segundo Vasconcelos e Azevedo (2010), a precarização, as adversidades no suporte material e financeiro, as incertezas nas práticas e a desvalorização social se contrabalanceiam com vivências positivas, que possibilitam o que os autores chamaram de um “equilíbrio precário”. A existência desse equilíbrio precário viabiliza a própria assistência. Nele, a valorização e o reconhecimento profissional assumem maior relevância “visto que são capazes de favorecer a transformação do sofrimento em prazer e estão na base da constituição do vínculo subjetivo profissional-trabalho” (idem, p.573). Deste modo, os autores consideram ser urgente que se potencialize os mecanismos de reconhecimento do trabalhador da Saúde Mental, através de “políticas de recursos humanos mais dignas, de melhores condições de trabalho ou conseguindo maior visibilidades nas ações no campo social, o que certamente repercutirá na própria qualidade do trabalho assistencial” (ibidem). Entendemos, assim, que são muitas as interfaces que envolvem o cuidado em saúde mental, mais especificamente os modos como os profissionais significam o cuidado, que podem ser múltiplos, vai depender da formação que o profissional teve, da maneira como ele entende os sujeitos, das relações que o profissional estabeleceu em seu percurso.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

A metodologia em uma pesquisa se apresenta como etapa importante no processo do pesquisar, ela é “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 1994 p.16). No caso da presente pesquisa, tratou-se da realidade dos serviços de saúde mental, mais especificamente de um CAPS, assim, utilizamos a metodologia qualitativa, baseada no paradigma construtivista. Tais paradigmas e apresenta em uma perspectiva relativista que considera que a verdade é construída por consensos e a pesquisa é fruto de interações e reconstruções mútuas entre objeto, investigador e realidade estudada. Entende-se que os sujeitos são históricos e sua linguagem é limitada ao tempo e ao espaço em que fora construída, sendo necessário considerar seu contexto de produção (DENZIN E LINCOLN, 1994). Portanto, não se supõe o desvendamento de uma verdade sobre os sujeitos estudados, mas a construção de um material provido das interações entre eles e o pesquisador e da fala que advier dessa relação.

Quando se aposta em uma metodologia qualitativa não se está preocupado em mensurar e qualificar atitudes ou comportamentos, ou ainda quantificar eventos da vida pessoal ou coletiva. Ao contrário, se aposta em analisar os processos, ou seja, “conhecer a fundo as vivências de alguns sujeitos, bem como as representações que têm acerca de experiências de vida (TURATO, 2005 p. 509). Segundo Turato (2005), aplicar a metodologia qualitativa à saúde implica seguir os mesmos pressupostos das Ciências Humanas, que não consideram os fenômenos isolados em si, mas buscam entender o significado do fenômeno individual ou coletivo para a vida das pessoas. Assim, interessa para o pesquisador “a significação que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (idem, p.509).

Além disso, sobre o próprio processo de investigação, vale ressaltar que nosso olhar, nossa postura metodológica aqui nesta pesquisa se deu a partir do pensamento da hermenêutica. Onocko Campos (2011), lendo Gadamer, nos propõe que em pesquisas de cunho qualitativo há interesse em compreender os fenômenos que surgem da pesquisa. Desta

maneira, podemos entender a compreensão como um acontecimento, que depende dos sujeitos da pesquisa, do objeto de pesquisa, do tipo de pesquisa e de toda uma rede para que ela se dê.

Na teoria da hermenêutica filosófica encontramos subsídios para sustentar nossa pesquisa. A hermenêutica filosófica, segundo Schwandt (2006), trabalha com a compreensão como interpretação, ou seja, uma compreensão interpretativa. O autor, ao fazer uma leitura de Gadamer, entende a compreensão não como uma atividade “isolada executada pelos seres humanos, mas como uma estrutura básica de nossa experiência de vida. Estamos sempre tomando algo *por* algo” (GADAMER apud SCHWANDT, 2006 p.198).

Segundo Onocko Campos (2011), através da interpretação compreensiva é possível uma análise profunda, por isso, a necessidade de haver “material descrito de maneira densa,meticulosamente detalhado. Nosso material de campo não se coleta (não está dado, senão que é produzido na relação) ” (idem p.1270, grifo da autora). Sob essa prerrogativa, podemos afirmar que os estudos em ciências humanas e sociais, com essa abordagem, não são reproduzíveis, entretanto, ainda assim, “devemos dar pistas ao leitor sobre as condições que fizeram possível essa produção de material e não outra” (ibidem). Esperamos ter conseguido isso aqui.

Ainda sobre a questão da interpretação, Miranda (2009) afirma que para este fenômeno se dar “faz-se necessário que o pesquisador esteja atento às condições sobre as quais a compreensão é possível, através do exame dos preconceitos e autoridades que o envolvem, e do reconhecimento de sua pertença a uma tradição” (p.54). A compreensão se destaca no pensamento da hermenêutica e tem como importante pilar a capacidade do pesquisador-intérprete de se colocar na posição do outro e do que se apresenta como diferente. Sob essa prerrogativa, assumimos o desafio de uma construção compreensiva e de leitura *possíveis* sobre o objeto de pesquisa.

Ao falarmos da hermenêutica enquanto postura metodológica, não podemos deixar de falar de dois conceitos importantes para esta corrente de pensamento: o preconceito e a tradição.

O reconhecimento e a análise do preconceito são necessários para o processo de pesquisa e não devem ser negados. Segundo a leitura que Miranda (2009) faz de algumas ideias de Gadamer, o preconceito consiste naquilo que faz parte de nossa subjetividade, já que somos formados a partir de um mundo social de que fazemos parte. Por isso, a importância de não negá-lo, pois “o preconceito só atrapalha a pesquisa quando é inconsciente; na medida em que pode ser alcançado pela consciência do pesquisador, ele pode ser questionado e esclarecer os determinantes históricos que estão incidindo sobre a investigação” (idem, p. 55).

Schwandt (2006) considera o preconceito como uma tendenciosidade do indivíduo. Citando Garrison (1996), o autor explica que os preconceitos são exatamente os prejudamentos que são necessários para abrir caminho, mesmo que experimentalmente, “no pensamento cotidiano, na conversação e na ação” (idem, p.199). Os preconceitos surgem com concepções iniciais que o intérprete traz para interpretar, compreender seu objeto.

Embora parta dos preconceitos, o contato com o objeto, sustentado nas premissas metodológicas, deve levar o pesquisador a transformá-los. Reconhecendo-os e podendo questioná-los, a partir daquilo que se construiu em sua pesquisa, o pesquisador poderá alargar suas possibilidades de compreensão. Os preconceitos falam de nossa constituição enquanto ser, de nossa subjetividade, de nossa historicidade, falam de como agimos e como experimentamos as coisas. Ele, de certa maneira, sustenta o modo como conduzimos e pensamos a investigação.

Já no que diz respeito à tradição, lendo Gadamer, Schwandt (2006) explica que ela não se traduz por algo externo do sujeito, que pertença e deva ficar no passado, que pudesse ser descartado como algo sem importância, que pudéssemos nos distanciar, sem prejuízo nenhum. Ao contrário, a tradição se apresenta como algo que atravessa todo o processo compreensivo.

Além do mais, as tradições dizem o que somos e como compreendemos o mundo, assim, não é possível se distanciar da tradição, já que estaríamos nos afastando do próprio sujeito (SCHWANDT, 2006).

Miranda (2009), através de Gadamer, nos mostra que a tradição determina os sujeitos e é sempre múltipla, ao mesmo tempo em que se configura como uma possibilidade de escolha e liberdade. Para a hermenêutica é condição o reconhecimento de si como pertencente a alguma tradição, pois para a hermenêutica “a tarefa não é simplesmente desenvolver o procedimento da compreensão, mas esclarecer as condições sob as quais é possível compreender” (idem, p. 32). As condições de compreensão se referem à história que nos afeta. Assim a incursão na tradição é um percurso metodológico essencial.

Miranda (2009), lendo Gadamer nos diz que “a produção de conhecimento é mediada por nossas tradições e preconceitos, sendo estes constitutivos do nosso modo de perceber o mundo e nele nos colocar” (idem, p.58). Aqui nesta pesquisa podemos considerar que nossa tradição está atrelada aos autores que utilizamos nesta dissertação. Tais autores (Foucault 2006, 2009; Goffman 2001; Rotelli 1990; Gadamer, 1997, entre outros) serviram de base para nossa interpretação, e sustentaram nossa postura metodológica, já que encontramos neles autoridades e clássicos sobre os quais nosso trabalho se assentou.

Dentre os meus preconceitos estão: a defesa do cuidado em liberdade, de uma clínica que respeite a singularidade dos sujeitos, assim como leve em conta o contexto social e histórico desses. Defendo, assim, um cuidado e uma escolha clínica atravessada pelos princípios do movimento de Reforma Psiquiátrica, prioritariamente.

4.2 Campo e objeto de estudo

O campo de estudo escolhido para essa pesquisa foram os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, mais especificamente o CAPSII Cais São Bento, da cidade de Angra dos Reis/RJ. A escolha do campo de pesquisa foi um processo que exigiu cuidado, já que havia a necessidade de ser um local que se disponibilizasse a receber uma pesquisa, assim como foi preciso também que o pesquisador se sentisse acolhido e à vontade para se entregar ao ofício do pesquisar.

Delimitamos como objeto dessa pesquisa as práticas e discursos de trabalhadores, que nos ajudaram a apreender os modos de apreensão das propostas da reforma psiquiátrica. Tal como propõe Turato (2005), a aproximação de nosso objeto de pesquisa se deu de maneira intersubjetiva, por isso a importância de realizar a compreensão do processo que desencadeava as práticas e discurso dos trabalhadores. Entendemos o termo processo como de suma importância para esta pesquisa, deixando claro que quando optamos pelo método qualitativo estávamos querendo entender como o objeto de nosso estudo acontecia ou se manifestava, entendendo-o como um processo de contínua (re) construção, a qual se atualizou, inclusive, na relação dos sujeitos de pesquisa com o pesquisador.

4.3 Sujeitos

Tivemos como sujeitos de nossa pesquisa os trabalhadores das diferentes categorias profissionais, que compõem a equipe multidisciplinar do CAPS. A ideia inicial era que participassem da pesquisa pelo menos um profissional de cada categoria existente no serviço, incluindo os profissionais técnicos de nível médio. Como as observações aconteceram nas reuniões de equipe, participaram deste momento 1 enfermeira, 3 psicólogas, 1 assistente social, a coordenadora do serviço, 4 técnicos de enfermagem, 3 oficineiros, 1 recepcionista e 2

peças da zeladoria. Já nos grupos focais participaram: 1 técnica de enfermagem, 1 zeladora, 1 oficinaira, 1 rececionista, 1 psicóloga e 1 assistente social. Realizamos ainda uma entrevista com a coordenadora que não pode estar presente no dia do grupo. Conforme comentaremos mais adiante, o médico não participava das reuniões de equipe e não tivemos sucesso no contato com o mesmo para que integrasse o grupo focal. Tentamos realizar uma entrevista com ele, mas também sem sucesso no contato a despeito de sucessivas tentativas.

Segundo Turato (2005), a postura do pesquisador frente ao sujeito da pesquisa deve-se basear em:

uma postura de acolhida das angústias e ansiedades inerentes do ser humano; uma aproximação própria de quem habitualmente já trabalha na ajuda terapêutica; e a escuta e a valorização dos aspectos psicodinâmicos mobilizados sobretudo na relação afetiva e direta com os sujeitos sob estudo. (TURATO, 2005 p. 510).

Nesse sentido, consideramos que o pesquisador deve assumir uma postura clínica, baseada na consideração do entrevistado como um sujeito que desencadeará um processo de construção de sentidos sobre o objeto investigado. Tal construção é facilitada pela disponibilidade do pesquisador a uma escuta livre de preconceitos e aberta a alteridade (TURATO, 2005).

4.3.1 Critérios de elegibilidade

- Ser trabalhador do serviço há pelo menos 06 meses
- Interesse e disponibilidade em participar da pesquisa

4.4 Estratégia de pesquisa

Tivemos como estratégias de pesquisa a observação participante, os grupos focais e uma seção de entrevista. A seguir, discorreremos brevemente sobre cada uma dessas estratégias.

Optamos pela observação participante como estratégia de pesquisa, pois acreditamos que ela possibilita ao pesquisador estar em contato com a situação que se propõe a investigação científica. Estando imersa na realidade, é possível perceber “o que há de mais imponderável e evasivo na vida real” (MINAYO, 2004 p. 60). Realizamos as observações nas reuniões de equipe durante o período de quatro meses, em que foi possível que nos colocássemos atentos aos conteúdos e às formas das discussões nesse espaço. Também tínhamos a intenção de fazer observações participantes nas supervisões clínico-institucionais, porém o CAPS estudado encontrava-se sem esse dispositivo de apoio à equipe.

As observações de campo foram realizadas em 12 reuniões de equipe, no período de maio a setembro de 2014. As reuniões aconteciam às quartas-feiras, sempre das 14h às 17h30. As reuniões de equipe contavam com participação da maioria dos trabalhadores do serviço, curiosamente o médico não participava das mesmas, pois o dia em que a reunião acontecia não era compatível com sua permanência no serviço.

A observação participante proporcionou que a pesquisadora ficasse em contato com a realidade proposta a ser estudada, vivenciando-a. O diário de campo foi também uma ferramenta da pesquisa muito importante, pois nos deu subsídios para registrar com mais

detalhes nossas observações, inquietações, impressões, bem como reflexões despertadas a partir das observações e das nossas leituras.

Realizamos ainda os grupos focais, considerando que serviram como ferramenta útil para reunir as pessoas que compartilhavam traços comuns, possibilitando colocar em cena várias vozes para discutir uma temática, no caso em questão, as formas de apreensão das propostas da reforma psiquiátrica pelos profissionais. Segundo Westphal (1992), o grupo focal permite “verificar de que modo as pessoas avaliam uma experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimentos e representações se encontram associados a determinado fenômeno” (p. 250).

Assim, os grupos focais possibilitam colocarmos as pessoas em situações próximas às situações reais vividas, permitindo ao pesquisador apreender a dinâmica social e analisar a forma como as pessoas adquirem as relações interpessoais quando estão em contato com o tema proposto (WESTPHAL, 1992).

Em nossa pesquisa foram realizadas duas sessões de grupos focais com profissionais do CAPS em questão, sendo a primeira orientada por questões elaboradas especialmente para o grupo, baseadas nos objetivos dessa pesquisa (questões em anexo). A partir das discussões realizadas, uma narrativa grupal foi construída, e apresentada novamente ao grupo em uma segunda sessão, que funcionou como uma devolutiva para o grupo e uma tentativa de ampliação da discussão. Fora criada outra narrativa em cima desse retorno ao grupo. Não estava nos planos, mas tivemos que realizar uma entrevista com a coordenadora do serviço, pois a mesma não pode participar dos grupos focais. Pretendíamos fazer o mesmo com a enfermeira e com o médico, porém, após algumas tentativas sem sucesso para a realização das mesmas, fechamos a pesquisa sem elas.

4.5 Análise e interpretação do material empírico

O tratamento do material empírico foi feito através de Análise Hermenêutica, estando, assim, comprometido com o reconhecimento das marcas socioculturais e históricas que sustentam o discurso dos sujeitos de pesquisa, além do respeito ao sentido peculiar de cada enunciado desses sujeitos, o esclarecimento das semelhanças e diferenças entre o “mundo observado” e o mundo do pesquisador e a análise de implicação do pesquisador com o objeto pesquisado (MINAYO, 2004). Como referenciais teóricos foram utilizados autores que vêm discutindo o processo de Reforma Psiquiátrica e das práticas de cuidado em saúde mental brasileiras.

Vale ressaltar, ainda, que trabalhamos o material empírico através da construção de narrativas derivadas dos grupos focais que realizamos, além de uma entrevista com a coordenadora do serviço como já mencionado. No decorrer da pesquisa, percorremos, viajamos, exploramos alguns territórios, para agora estarmos partilhando nossas vivências. Através da narrativa, segundo Walter Benjamin (1994), torna-se possível uma “comunicabilidade da experiência” (p. 207), tendo a narrativa uma dimensão utilitária, no sentido de passar algo a alguém, algo que se considera útil. Assim, a narrativa tem o poder de preservar a autenticidade de uma história, superando o tempo, indo além.

Miranda lendo Ricoeur (2008) acredita que para uma ação ser narrada é porque já está “inserida em uma práxis social e por isso as narrativas seriam histórias não (ainda) narradas” (idem, p.85). Sob essa prerrogativa o que pretendemos foi fazer emergir dos emaranhados das discussões sentidos para as histórias vividas, mas que ainda não tinham sido narradas. Na narrativa se imprime a marca do narrador, como se imprimem as mãos da bordadeira em seu bordado. A escolha pelas narrativas para se trabalhar com o material empírico teve o propósito de escutar as pessoas que estão efetuando, colocando em prática, as políticas e propostas

clínicas vigentes na saúde mental hoje, entendendo-as como uma multiplicidade. Assim, partilharemos aqui experiências narrativas que estão vinculadas às experiências do cotidiano que vivenciamos no campo estudado. Transformamos as narrativas em registro, palavras que vão se perpetuar no tempo, pois elas estão presentes “em todos os tempos, em todos os lugares, em todas as sociedades; não há em parte alguma povo algum sem narrativa...a narrativa está aí, como a vida” (BARTHES, 2011 p.19).

Para Onocko Campos (2011), a construção de narrativas grupais “consiste fundamentalmente em uma estratégia de tornar denso o material, mantendo-se fiel a história que nele se conta, mas não necessariamente em sua sequência temporal e tampouco reproduzindo as formas lexicais do grupo” (idem, p.1273). A narrativa é uma forma de instituímos nossa vida na temporalidade humana, possibilitando uma recuperação da verdade histórica, permitindo que ressignificações se dêem. Além disso, destacamos que as narrativas nunca estão “prontas” dentro dos sujeitos ou preparadas para sair a qualquer momento, elas são construções que advêm de uma relação. Para o trabalho aqui proposto, tais construções se pautaram na relação dos profissionais entre si e com a pesquisadora de campo.

Optamos por apresentar, mais adiante, trechos das narrativas construídas, bem como dos registros em diário de campo. Assim, não apresentaremos as narrativas integralmente, mas em partes conectadas com as observações de campo e as elucubrações teóricas.

4.6 Questões Éticas

A presente pesquisa se comprometeu a realizar todos os trâmites legais em relação aos procedimentos éticos exigidos pelos comitês científicos: o projeto foi submetido ao Comitê de Ética da UFRRJ. Além disso, tivemos a aprovação do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que a pesquisa foi realizada antes de iniciarmos a mesma. Conforme determina a resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos receberam todas as informações acerca das fases da investigação e seus objetivos, sendo assinado por todos os participantes dos grupos focais e da entrevista o Termo de Consentimento Livre-Esclarecido. Neste termo constava a garantia aos direitos dos sujeitos em relação a sigilo, preservação da identidade e interrupção da participação no estudo caso houvesse algum desconforto. Da mesma forma, a coordenadora do serviço assinou termo de autorização para as observações dos participantes.

5. UM POUCO DE HISTÓRIA SOBRE O CAPS II Cais São Bento

O município de Angra dos Reis é considerado de médio porte, com aproximadamente 148 mil habitantes, segundo censo do IBGE² de 2010. Localiza-se na região da chamada Baía da Ilha Grande, lugar paradisíaco, cercado por ilhas e praias. A principal atividade econômica da região hoje é o turismo, mas também conta com estaleiros de grandes embarcações e marinas, além do comércio e da pesca. O município, contraditoriamente, sedia as únicas duas usinas nucleares que o Brasil possui, sendo esta uma atividade que gera muitos postos de trabalho. Angra também conta com uma das três escolas navais do Brasil. Ou seja, Angra dos

²Censo de 2010, resultado disponível em:

www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/rj2010.pdf

Reis é um município que recebe muitas pessoas de outros lugares do país, seja para passear ou para trabalhar.

O município de Angra dos Reis foi ao encontro da exigência que o Brasil vivia na época, final da década de 80, que era de ter uma saúde pública universal, equitativa, acessível a todos, fruto da Reforma Sanitária. Na saúde mental também se passou a questionar os modelos de cuidado vigentes e iniciou-se o compromisso dos municípios, bem incipiente ainda nesta época, de substituir o custoso gasto com leitos em hospitais psiquiátricos para os serviços substitutivos a estes. Iniciou-se então uma política de desospitalização e os municípios passaram a pensar em estratégias para receber seus munícipes hospitalizados de volta. Sabemos que esse retorno dos pacientes dos hospitais psiquiátricos para o convívio familiar e social, foi realizado com dificuldade e muita luta política foi necessário para que isso fosse garantido.

Segundo Gina Ferreira (1996), que foi coordenadora de saúde mental do município de Angra dos Reis na época em questão (fim década de 80 e início de 90) e autora do “Projeto de Volta para Casa, no ano de 1989, o município passou a implementar a reforma sanitária, pensando e privilegiando estratégias de cunho coletivo e preventivas. A saúde mental seguiu o rumo dessas novas estratégias e, a partir de 1991, foi criada a primeira equipe de saúde mental do município. Esta equipe tinha como meta a reorganização do atendimento na situação de crise no Pronto Socorro do Hospital Geral, por ser esta a porta de entrada dos graves acometimentos psíquicos. Nesta época, segundo a autora, 100% dos casos que chegavam ao pronto socorro iam para internações psiquiátricas fora do município, em hospitais psiquiátricos, onde permaneciam, na maioria dos casos, por muitos e muitos anos.

No decorrer dos investimentos na saúde mental, segundo Ferreira (1996), foi criado, além do apoio ao atendimento à crise no pronto socorro, um ambulatório cuja intenção era possibilitar a continuidade ao tratamento dos usuários que tivessem alta, tanto do pronto socorro, quanto das internações psiquiátricas. Além disso, foram formadas “Equipes Mínimas Distritais de Saúde Mental”, que eram compostas por um psicólogo e um assistente social e eram distribuídas nos distritos, tendo como uma das funções a realização de visitas domiciliares aos casos de transtornos psíquicos que encontravam-se impossibilitados de saírem de casa (idem).

Ferreira (1996) afirma que depois da iniciativa descrita acima, as internações caíram em 14%, além disso, foi criado o CAIS (Centro de Atividades Integradas em Saúde Mental), que surgiu como Hospital Dia. Este serviço serviu de apoio a desinstitucionalização dos pacientes do município que se encontravam em internações de longa permanência nos hospitais psiquiátricos. O CAIS surgiu como estratégia da equipe de saúde mental da época para auxiliar as famílias a receberem seus familiares de volta para casa, muitos em reclusão e sem contato familiar há mais de 10 anos. Muitas famílias demonstravam resistência em receber de volta aquele familiar tido como problema, desajustado e sem sinal de afetividade entre este e a família. Como resgatar algo que não existia?

Um trabalho árduo foi encarado e o CAIS foi fundamental neste processo, pois acolhia e oferecia oficinas diversas aos usuários quando estes vinham para as visitas familiares, com o intuito do resgate de laços, dos vínculos sociais. Outro marco na história do município é ter sido pioneiro no “Projeto de Volta para Casa”, que se legitimou enquanto política pública com o surgimento da Lei Federal nº 10.708 de 2003, tendo como eixo principal “evitar a desigualdade social, e contar com suporte de incentivo financeiro, como facilitador do retorno ao meio familiar e social de egressos de hospitais psiquiátricos” (FERREIRA, 2003 p. 02). Esse benefício é revertido em uma bolsa mensal, que pode ter dois anos de duração e ainda pode ser renovado, podendo ser usado da maneira que a família achar mais conveniente para garantir a inserção do paciente na vida social e comunitária. E foi no município de Angra dos Reis que este projeto se iniciou, com a aposta de uma equipe de saúde mental comprometida

com desinstitucionalização, com a produção de autonomia, resgate de vínculos familiares e sociais.

Com o passar do tempo o CAIS foi se tornando um serviço referência para as oficinas de trabalho e geração de renda para usuários da saúde mental do município, dando origem ao primeiro CAPS da cidade, que surgiu em 1994 e foi batizado como CAPS II CAIS São Bento. São Bento é nome do bairro onde a sede do CAPS está localizada. Assim, os dois serviços passaram a existir concomitantemente e se complementavam, sendo o CAPS responsável por atividades terapêuticas, atendimentos clínicos e ordenamento da rede de saúde mental. O CAIS (que muitos conhecem como CAPS Areal) passou, após a criação do CAPS, a estar mais ligado a este serviço. O CAIS, ao passar dos anos, deixou de ser considerado um hospital-dia e podemos considerá-lo hoje mais similar a um centro de trabalho e geração e renda, ou ainda um anexo do CAPS. Muitos dos usuários que frequentam o CAIS também frequentam o CAPS, alguns outros somente um dos serviços. Abaixo um trecho da narrativa grupal, fruto do grupo focal realizado no dia 22 de outubro de 2014 na sede do CAPS.

Nessa época [anos 2000] o CAPS Areal já existia e acontecia lá uma variedade grande de oficinas, como lanterna e culinária, tudo que produziam era vendido por eles mesmos. Na sede atual do CAPS funcionava mais as “oficinas terapêuticas”, como a de pano de prato, no Areal “aconteciam as oficinas mesmo”, o paciente que era considerado “bem grave” não podia ir para lá, porque mexíamos com tesoura, coisas perigosas. As oficinas do Areal eram oferecidas pela Defesa Civil, tinha na verdade uma pessoa de lá que se interessava pelas oficinas e levava a oficina de lanterna e rede adiante. [...]. Na oficina de culinária “nós fazíamos” os pacientes tomarem banho, cortávamos suas unhas, tudo direitinho para trabalharem com a comida. Na hora da venda eles iam “bem arrumadinhos vender, com avental e toca”. O dinheiro da venda também era todo dividido, uma parte ia para o fundo e a outra parte deles, o pagamento deles era no fim do mês e eles aproveitavam para ir comprar as coisas que faltavam para as oficinas, a prefeitura também tinha uma verba para compra de material (grupo focal).

É possível perceber que a saúde mental no município de Angra dos Reis é marcada por ter criado um dos primeiros serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico do estado do Rio de Janeiro e por ser berço do “Programa de Volta para Casa”. O CAPS de Angra dos Reis surgiu depois de quase dois anos da portaria que instituiu os CAPS no Brasil (nº 224/92), uma época em que poucos municípios brasileiros contavam com a estratégia de cuidado dos serviços substitutivos. Este fato nos leva a pensar que precisou haver implicação política com a causa para este CAPS existir, implicação por parte da gestão e da equipe de saúde mental. A existência de uma população egressa da institucionalização do hospital psiquiátrico provavelmente tenha sido a grande motivadora do investimento para a criação do serviço.

Atualmente o município conta com a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que é composta de: um CAPS II; um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes); um CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas); um CEM (Centro de Especialidades Médicas), que funciona como ambulatório, apesar deste não fazer parte da RAPS; leitos de urgência e emergência em hospital geral; serviço do SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência); além de consultório na rua, da atenção básica, que hoje já conta com a ESF (Estratégia de Saúde na Família) para suporte nos territórios. O município conta com muitas outras redes intersetoriais, como o SUAS, a Atenção Básica com as ESFs, Rede Cegonha, com a educação, o esporte e lazer, todos parceiros importantes.

Instituir a RAPS nos municípios tem como importante objetivo garantir que seja cumprido o legado da Reforma Psiquiátrica de não fazer mais o uso de leitos de hospitais

psiquiátricos. Desta forma, os municípios passam a ser responsáveis pela atenção às “crises”, com o dever de garantir cada vez mais que o tratamento se dê no território e em liberdade. Outra missão importante da RAPS é ter como pano de fundo o trabalho em rede e com a rede, envolvendo o maior número de atores assim como as outras redes de atenção, se afirmando como uma aposta na intersetorialidade.

O município conta com uma Central de Medicamentos Especiais, que distribui os medicamentos prescritos nos CAPS, além de outros medicamentos prescritos pelos médicos da rede, localizada no Centro de Especialidades Médicas-CEM. No CAPS ficam as medicações injetáveis mensais e quinzenais, além de medicações supervisionadas, que atendem àqueles usuários que realizam tratamentos intensivos³ no serviço, e que por ventura estejam com dificuldades no manejo das medicações. No CEM também fica localizado o ambulatório de saúde mental, que no momento da pesquisa contava apenas com profissionais da psiquiatria. No momento, os atendimentos psicológicos se concentram apenas no CAPS II e nos outros CAPS existentes no município, que conta com algumas psicólogas dentro das UBSs (Unidades Básicas de Saúde). Porém, ainda é insipiente a parceria com a psicologia da atenção básica, o que inviabiliza o partilhamento e encaminhamento de alguns casos, fato que apareceu nas reuniões de equipe como urgente de ser resolvido, já que a equipe do CAPS fica, muitas vezes, desamparada.

A porta de entrada às urgências e emergências de saúde mental hoje funcionando Hospital Geral da Japuiba (HGJ), que conta com uma equipe de sobreaviso, de domingo a domingo. Pacientes em situação de urgência podem ficar acolhidos nesse hospital num período de até 72 horas, mediante a avaliação do caso pelo psiquiatra do sobreaviso que é o mesmo psiquiatra do CAPS. O psiquiatra avalia o paciente e se achar que somente aquele espaço, no tempo de 72h, será suficiente para “estabilizar” o caso, o usuário fica no HGJ. Caso o mesmo avalie que se faz necessário mais tempo de internação, é solicitada a transferência para a Santa Casa da cidade. O município conta ainda com um hospital psiquiátrico de referência, que fica em uma cidade, a 130 quilômetros de distância, mas que o município não tem feito uso: no ano de 2014 não utilizaram nenhuma vez. Como sabemos, a tendência de todos os municípios é que passem a dar conta das “crises” no território, tendência que vem desde que a lei nº 10.216 foi promulgada em 2001, mas que tem se intensificado há pouco tempo, com o incentivo do SUS para criação dos leitos de urgência e emergência em saúde mental nos hospitais gerais dos municípios.

O CAPS de Angra dos Reis é um CAPS II, que de acordo com a portaria nº 336 de 2002, que institui a criação dos CAPS, destina-se a municípios com população entre 70 e 200 mil habitantes, fazendo-se necessário uma equipe mínima garantida de: 1 médico psiquiatra; 1 enfermeiro com formação em saúde mental; 4 profissionais de nível superior, podendo ser psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional que a gestão ache necessário ao projeto terapêutico; 6 profissionais de nível médio, que pode variar entre técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

A equipe do CAPS é hoje, praticamente, toda composta por profissionais concursados, situação rara nos CAPS Brasil afora, que em grande maioria contam com vínculos trabalhistas

³Tratamento intensivo “trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário” (BRASIL, 2004). Assim, um usuário intensivo do serviço precisa de uma atenção maior por parte da equipe de cuidado, e faz uso do serviço, normalmente, mais de três dias da semana. Costumam ser usuários que necessitam de maior atenção, de mais ajuda para gerirem suas vidas, seja pontual ou de forma mais longínqua.

precários, com grande rotatividade de profissionais. A garantia de uma equipe praticamente toda concursada deve colaborar, em tese, para que o vínculo, ferramenta tão importante para o cuidado em saúde mental, seja construído e tenha a possibilidade de ser mantido, já que os trabalhadores permanecem nos serviços, ou ao menos na rede.

Em relação aos trabalhadores que participaram da implementação deste CAPS, alguns deles ainda trabalham na rede de saúde mental do município, mas nenhum atualmente se encontra trabalhando no serviço. A trabalhadora mais antiga do serviço faz parte da equipe de apoio, ela ocupa a função de serviços gerais, está no serviço desde 2000. O psiquiatra, com 39 anos de profissão, está há 10 anos no serviço, sendo dos técnicos o mais antigo. Os trabalhadores, através da narrativa grupal, relataram que aproximadamente 10 anos depois da criação do CAPS havia muita participação social, tanto dos usuários, como dos trabalhadores, nos eventos e reuniões do movimento da luta antimanicomial no Rio de Janeiro. Esta participação foi ao longo do tempo diminuindo e hoje em dia são apenas alguns envolvidos com a militância.

Em relação à gestão do CAPS, a coordenação é ocupada por uma auxiliar administrativa que trabalhava no CAPS fazia pouco mais de seis meses, quando foi convidada pela secretaria de saúde a assumir a coordenação. No entanto, ela já teve muitas passagens por vários serviços do município, sempre na área da saúde. Esta é sua primeira experiência na saúde mental e, segundo a mesma: “Trabalho há quase 25 anos na área da saúde, assumi cargos de contratação e cargos de confiança neste período, não sou concursada, pois sempre que teve concurso por algum motivo não pude fazer. Trabalhei na Santa Casa, na assistência à saúde, fui diretora do PAM, toda minha trajetória foi voltada para área da saúde”.

A mesma coordenadora do CAPS coordena também o CAIS. Vale ressaltar que o município, até o encerramento da pesquisa de campo, encontrava-se sem ‘gerente de saúde mental’, expressão usada por eles, que seria a figura do responsável por assessorar todos os serviços de saúde mental do município. A antiga gerência de saúde mental foi desfeita no início de julho de 2014 e a secretaria de saúde municipal não conseguiu alguém para assumir tal cargo.

A equipe do CAPS, na época que a pesquisa foi realizada, era formada por: 1 enfermeira, 3 psicólogas, 1 assistente social, 1 médico psiquiatra, 5 técnicos de enfermagem, 3 oficinheiros, 1 recepcionista e 1 técnico administrativo em experiência. Ainda há três pessoas na zeladoria, estes com vínculos terceirizados, além da coordenadora, que não é concursada. Propusemos então proposta a discussão dos seguintes temas: história e organização do serviço, práticas de cuidado que a equipe considera exitosas, principais problemas enfrentados no trabalho e, por fim, princípios da reforma psiquiátrica, segundo os profissionais, e as possibilidades e dificuldades de viabilizá-los no cotidiano do CAPS. Foi também realizada uma entrevista, preservando os mesmos eixos do grupo focal, com a coordenadora do serviço, já que esta precisou resolver problemas de trabalho inesperados e, por isso, não pôde participar grupo focal.

Achamos importante ressaltar que esta composição de equipe existe há pouco menos de dois anos, quando houve concurso público, ou seja, é uma equipe relativamente nova. Eles possuem uma equipe maior do que a exigida pelo Ministério da Saúde, entretanto, parte dessa equipe se divide para manter funcionando o CAIS, que se encontra em um momento delicado. Até o término da pesquisa de campo, havia pouco investimento de material e de pessoal para que as oficinas continuassem acontecendo no CAIS. A coordenação diz que almeja a contratação de mais uma assistente social e uma terapeuta ocupacional.

O CAPS II, campo da presente pesquisa, atende em torno de 85 usuários intensivos, divididos em duas categorias: dos usuários que têm indicação de fazer uso intensivo do serviço, e o fazem, e os usuários que têm indicação de frequentar de forma intensiva o CAPS, ou fazer uso intensivo dos cuidados que o CAPS oferece, mas por algum

motivo não o fazem. Os usuários da primeira categoria passam o dia no CAPS, participando das atividades terapêuticas, como acolhimento, oficinas, grupos, passeios, sendo estes um total de 47 usuários. Em relação à segunda categoria, a equipe tenta manter algum tipo de contato, realizando visitas domiciliares a alguns, contato familiar e outras estratégias, dependendo do caso. Não nos foi disponibilizado o quantitativo de usuários semi-intensivos e não intensivos, estes últimos podemos considerar que não são mais referenciados nos CAPS, já que hoje são encaminhados para os ambulatórios ou para AB.

O CAPS possui sua sede própria, casa onde já está faz muitos anos. Durante minhas observações, por várias vezes, a equipe se queixou das condições físicas da casa, mesmo tendo havido uma reforma recentemente. Ao entrar na casa do CAPS pela primeira vez, procurei as cores, os quadros, a vida, a loucura daquele lugar, mas só fui encontrar isso na sala de oficinas. Os CAPS são conhecidos por suas salas coloridas, com trabalhos dos usuários espalhados pelo serviço, como quadros, portas-treco, música, barulho, falatório. Porém, talvez essa seja uma imagem do CAPS muito romântica, supostamente parte do imaginário que criamos em torno destes serviços, seja pela ajuda da literatura que traz como um CAPS deveria ser ou por conta de alguns serviços que existiram e os existentes que são modelos de CAPS, como foi o CAPS Itapeva em São Paulo. Eu, tomada pela importância histórica desse serviço, esperava um CAPS com mais cor.

A sede do CAPS fica numa parte da cidade bem localizada, de fácil acesso, já que está situado no centro da cidade, relativamente próximo ao terminal municipal de ônibus. Na divisão física da casa temos: uma sala de recepção; duas salas de consultório, que também são usadas para as assembleias de família; uma sala TV, onde acontecem as reuniões de equipe; um refeitório com uma pequena cozinha; uma sala que fica exclusivamente com a enfermagem; uma área aberta, na parte superior da casa, onde acontecem oficinas e grupos; e uma sala reservada para as oficinas de artesanato. Ao todo são três banheiros, um masculino, um feminino e um reservado para equipe.

A equipe escolhe a sala de TV para fazer as reuniões, o que impossibilita que todos se vejam e estejam num mesmo círculo, já que a sala não comporta todos e alguns precisam ficar na sala ao lado, que é ligada por uma porta. Assim, durante a reunião, alguns ficam dentro da sala de TV e outros fora. O almoço é fornecido através de quentinhas, de modo que neste CAPS também não há o cheiro do preparo da comida, que é tão característico de uma casa, lugar que normalmente assemelhamos ao CAPS. As quentinhas podem ser solicitadas para os usuários que estiverem no serviço até às 10h30.

O CAIS, como mencionado acima, não possui atualmente uma equipe exclusiva, que lhe possibilite funcionar de acordo com sua proposta. No momento atual, o espaço funciona três vezes por semana apenas, já que são os trabalhadores do CAPS que estão se ocupando das oficinas de geração de renda e possibilitando que não fiquem paradas. Este espaço, como já falamos, é onde as oficinas de geração de renda historicamente aconteceram e ainda acontecem, mesmo com uma equipe defasada. A coordenadora do CAPS acredita que *no ano de 2015 melhorias serão possíveis, havendo planos para que o CAIS resgate e fortaleça seu potencial de inclusão social (entrevista)*.

Vale ressaltar que durante nossa pesquisa, principalmente através dos grupos focais e entrevistas, podemos observar que entre os trabalhadores do CAPS há certo desconhecimento da história do serviço. Como vimos, este CAPS foi precursor de uma das principais conquistas que a RP teve, o “Projeto de Volta para Casa”, tão importante para o processo de desinstitucionalização dos usuários que passaram parte de suas vidas internados. Entendemos que são diversos os motivos para uma equipe não conhecer a história do serviço de que faz parte, mas isso não deixa de provocar estranhamento. Falou-se muito pouco sobre toda a trajetória do serviço, vide a lacuna que há em algumas partes da descrição de sua história.

Este é um retrato geral do CAPS em que a pesquisa se deu. Falaremos melhor sobre questões mais específicas a partir dos núcleos de sentido que formamos diante do que surgiu de mais pertinente no decorrer da pesquisa. Assim, teremos três núcleos de sentido para tentar chegar ao objetivo de compreender os modos de apreensão da RP por parte dos trabalhadores. São eles: O esmorecimento da clínica e Articulação com a rede; O lugar do médico. Tais núcleos foram elaborados através de nossas observações em campo nas reuniões de equipe e das narrativas grupais derivadas do grupo focal realizado, além de um embasamento teórico através dos autores que já se debruçaram sobre essas temáticas.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Núcleos de sentido

6.1.1 O esmorecimento da clínica e Articulação com Rede

Este núcleo de sentido surgiu a partir das observações em campo que, como já mencionamos, se deu através de observações participante das reuniões de equipe, onde foi possível identificar que pouco se falou do sofrimento dos sujeitos cujos casos eram discutidos. Ao longo das nossas observações presenciamos numerosas discussões sobre os casos, sempre protagonizadas por profissionais, em sua maioria, bastante comprometidos com o trabalho. Entretanto, chamou-nos a atenção o fato de que nessas discussões priorizavam-se, geralmente, decisões concretas, como dia de frequência do usuário no CAPS, o modo de operacionalizar as visitas domiciliares, de tal forma que a maioria das discussões centrava-se no comportamento dos usuários, em seus hábitos de higiene e de suas rotinas em casa ou no próprio serviço.

Em meio a tanta atenção dada aos acontecimentos mais concretos do cotidiano do cuidado, pouco ouvimos os profissionais se perguntarem sobre os afetos dos usuários, suas relações familiares, o modo como se posicionam nos diferentes ambientes de sua vida e dos efeitos subjetivos da própria estratégia de cuidado adotada pelo serviço, o que nos levou a pensar que a dimensão mais (inter)subjetiva do sofrimento psíquico ficou por vezes subvalorizada. Diante dessas observações foi possível perceber alguns indícios de que a equipe faz uma apreensão da RP atravessada por uma perspectiva ligada a reinserção social, e menos por uma perspectiva que valorize a clínica da atenção psicossocial, embora saibamos que trata-se de abordagens que possuem vários pontos em comum e ambas de suma importância para a RP.

Esmiuçando melhor sobre as questões que foram discutidas nas reuniões, foi possível observar que a equipe, por vezes, supervalorizava as questões comportamentais em detrimento de uma investigação mais aprofundada sobre a singularidade dos sujeitos. No entanto, o discurso da RP apareceu com frequência nos diálogos realizados pela equipe no que diz respeito a aspectos como: diminuição do número de internações, crítica e reprovação ao hospital psiquiátrico como um dispositivo de cuidado, assim como a importância dada à autonomia, relacionando-a à (re)inserção dos usuários ao mundo social e do trabalho. Assim, notamos que algumas das propostas da RP estão sendo apreendidas e exercitadas nas práticas do cotidiano do serviço, porém, há uma dimensão considerada importante, não apenas por nós, mas por grande parte dos autores a que nos remetemos aqui, que precisa ser pensada: a clínica (LEAL E DELGADO, 2007; TENÓRIO, 2001; ONOCKO CAMPOS, 2011).

Na tentativa de ilustrar a ausência da clínica durante as discussões de equipe, relatamos um dos casos que foi trazido para a reunião, sobre uma usuária que, segundo os profissionais, não estaria bem, apresentando-se “muito descompensada” (expressão

comumente usada na saúde mental). A enfermeira do CAPS relatou o que havia ocorrido durante o fim de semana com a usuária, supondo ser este o motivo da mesma estar descompensada. O que aconteceu foi que o Conselho Tutelar (CT) foi até a residência da usuária, com uma ordem de abrigamento para seus filhos, os mesmos foram levados à força ao abrigo da cidade, em uma cena em que a mãe e as crianças choravam. Ainda, após a ida das crianças para o abrigo, a usuária teria sido levada para a internação no hospital geral, onde permanecia sob o acompanhamento da equipe do CAPS. Segundo a equipe, não havia fundamentos concretos que justificassem o abrigamento das crianças, já que a usuária estava se esforçando ao máximo para cuidar delas, estava conseguindo garantir que fossem para escola e tentando *dar conta de tudo que engloba o ser mãe (diário de campo)*. Também nos soou estranho o fato de a terem levado para a internação, pois não ficou claro se talvez ela tenha se desesperado e a levaram para o hospital para que não ficasse sozinha, já que não tem vínculos com o restante da família.

O caso acima nos mostrou que, a despeito dos inúmeros atravessamentos que tem essa história, há muitas coisas a se questionar, a se refletir, porém a discussão ficou focada muito mais em torno da ação do conselho tutelar, questionando a atitude do órgão. Infelizmente foram deixadas de lado outras dimensões do caso, como os processos pelos quais essa mulher passou até esse momento delicado e conflituoso, a ponto do CT lhe retirar os filhos. A discussão sobre a história da usuária se resumiu à institucionalização, aos sintomas de “descompensamento” apresentados, talvez esse abrigamento tenha se dado pelo fato dela ser usuária da saúde mental, como apontou uma das psicólogas, porém isso não foi discutido de forma crítica, ficando uma discussão superficial. Os profissionais se ativeram aos fatos, mostraram envolvimento com o caso e indignação com os movimentos de institucionalização direcionados tanto à mãe quanto às crianças, além de mobilizaram-se para garantir as visitas no hospital, assim como a ida da usuária ao abrigo para que pudesse ver as crianças. Estavam trabalhando para cuidar da situação, mas os sentimentos, afetos, desejos e demandas da usuária pareciam não ter lugar nesse trabalho.

Diante disso, passamos a nos perguntar que atenção é dada ao sujeito que está em sofrimento e à sua história de vida? A dimensão subjetiva que envolve as histórias dos sujeitos está sendo levada em conta? Pensamos que possa estar havendo certo esmorecimento da clínica no espaço do CAPS estudado e, sem desejarmos esgotar a reflexão de um tema tão delicado, tentaremos levantar algumas inquietações em torno das questões apontadas. Para os teóricos que discutem a atenção integral à saúde aos usuários dos serviços públicos, a discussão clínica de casos pode se dar nas reuniões de equipe ou nas supervisões clínico-institucionais. A clínica é considerada por muitos autores, como Tenório (2001), como uma dimensão importante da RP. Quando se propõe discutir um caso, há automaticamente uma interlocução com a clínica, por isso a necessidade de uma reflexão sobre esta. Porém, conforme apontamos anteriormente, ao discutir a *clínica ampliada* “essa reflexão sobre ela não pode ser amarrada às visões reducionistas predominantes no discurso sanitário, já que a tradição dessa área tem tratado a clínica como uma prática que não interessa ao campo dos nossos saberes efetivos prévios” (CAMPOS, 2011 p. 100). Deste modo, consideramos que a clínica precisa ser olhada de maneira ampliada, que fuja dos discursos únicos sobre o sofrimento psíquico.

Benilton Bezerra Jr., já em 1996, falava-nos do lugar da clínica no campo da saúde mental, afirmando a existência ora de uma supervalorização, ora de uma subvalorização desta. Na supervalorização, segundo o autor, há uma tendência a valorizar demasiadamente as intervenções de cunho individual ou mesmo grupal, podendo dizer que por uma perspectiva de:

intervenção psicológica, da intervenção psiquiátrica, ou da intervenção psicanalítica, ou seja, da intervenção psi, em detrimento de práticas de intervenção do campo da interação entre sujeitos, da interação dos sujeitos com seus ambientes etc (BEZERRA JR., 1996, p. 138).

De outro lado, haveria uma subvalorização da clínica dentro do campo da saúde mental. Nesse caso, alguns profissionais atrelam a clínica às práticas estritamente de cunho individual e, sendo assim, estas não teriam espaço dentro dos serviços como os CAPS. Questionamos se não haveria uma interlocução possível entre a clínica e práticas de cunho mais social. Acreditamos que essa interlocução é necessária e possível, sendo essencial para que a aposta de atenção psicossocial aconteça dentro dos serviços (BEZERRA JR., 2007).

Contudo, Bezerra Jr. (2007), pouco mais de 10 anos mais tarde, nos alerta mais uma vez que talvez o nosso movimento de reforma tenha deixado em segundo plano “o debate sobre os desafios clínicos trazidos pela desmontagem da cultura asilar, desconsiderando o fato de que a construção de novas abordagens terapêuticas do sofrimento psíquico é uma tarefa axial da Reforma” (idem, p. 23). O autor nos aponta que as discussões acerca da clínica no campo da luta antimanicomial foram desprezadas, assim, diálogos não conseguiram ser travados de maneira a avançar na “formulação de novos referenciais para a clínica que se experimenta fazer nos novos cenários assistenciais” (idem). O autor questiona: como seria possível pensar uma clínica capaz de responder aos desafios impostos pelo horizonte da Reforma Psiquiátrica? Este questionamento atravessa intimamente nossas reflexões em torno de um possível esmorecimento da clínica na realidade do CAPS estudado.

De saída, estaremos pensando que os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS, tenham como diretriz primordial, como já trazido em outro momento deste trabalho, uma clínica antimanicomial, uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003;2009; CAMPOS e AMARAL, 2007) ou, ainda, uma clínica da atenção psicossocial (LEAL e DELGADO, 2007;). Essas nomenclaturas se confundem, pois apesar de terem suas particularidades, possuem princípios e objetivos da mesma natureza, contribuindo para o acompanhamento de um sujeito tomado em suas dimensões psíquica, intersubjetiva, social, cultural, entre outras.

É possível afirmar que a clínica desenvolvida nos CAPS deveria ser permeada pelas apostas acima, sendo as práticas de trabalho desenvolvidas nestes serviços inspiradas nelas. Clínica ampliada ou clínica da atenção psicossocial são conceitos que valorizam a multiplicidade de saberes e olhares, saberes como o da psicologia, da arte, da medicina, da política, o popular, entre tantos outros. Olhares múltiplos, todos são valorizados, fugindo da segregação dos especialismos (CAMPOS, 1996/1997, 2009; GASTÃO e AMARAL, 2007; LEAL e DELGADO, 2007). Por isso aqui nesta dissertação tais conceitos foram trazidos e tomados como sinônimo.

Para falarmos de clínica, por mais ampliada que seja esse entendimento, é necessário pensar no sujeito que essa clínica se propõe a cuidar, afinal estamos falando de cuidado em saúde mental, do cuidado prestado sempre a um sujeito, onde pode haver intenso sofrimento psicossocial, portanto, o sujeito é chave fundamental nesta discussão. Assim, trazemos a ideia de Bezerra Jr. (2007) de pensar o sujeito em uma “concepção holística da vida subjetiva”, a qual, segundo o autor, em nada tem a ver com algumas teses de um misticismo *new age* que tem impregnado a cultura atual. É muito mais complexa a ideia a partir do momento que essa concepção considera que:

falamos de sujeito, vida mental e sintoma, falamos não apenas de um universo psicológico interior – mas de um campo intencional, um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo, um campo experiencial complexo para o qual

concorrem igualmente fantasias idiossincráticas, predisposições biológicas e prescrições culturais (BEZERRA JR, 2007p. 24).

Deste modo, o sujeito ao qual nos referimos aqui é um sujeito com experiências subjetivas fundadas em propriedades biológicas, nas marcas que o social lhes causou, assim como nas marcas simbólicas, além da trajetória existencial que o singulariza. Estamos então considerando que todos esses fatores são importantes para pensarmos uma clínica antimanicomial, que considere os sujeitos enquanto uma multiplicidade. Estando claro aqui que há uma multiplicidade de maneiras de lidar e de olhar esse sujeito, nos referimos às diferentes tradições teóricas que ocupam o espaço de um serviço como o CAPS. Aqui a abordagem teórica dos profissionais é reconhecidamente múltipla, sabemos que várias maneiras de se olhar o sujeito é possível, mas é necessário que haja a escolha por estratégias fundadas na responsabilização ou na montagem de um dispositivo de cuidado, que se desenvolva a partir de “uma avaliação quanto aos conceitos e manejos mais pertinentes para tratar daquele sujeito ou daquele momento em particular” (BEZERRA JR, 2007 p.26).

Entendemos a clínica aqui como algo que tem que lidar não apenas com a (inter) subjetividade do sujeito, mas sim que lide com a rede de subjetividade que envolve este, “o que implica não apenas nessa interioridade, mas em todas as formas de estímulos que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito” (BEZERRA JR, 1996 p.142). Essa perspectiva clínica impõe desafios para as equipes, porque exige que ela também se analise, reveja suas limitações, colocando em análise seus conflitos relacionais, bem como suas formas de ligação com o trabalho, com os usuários e as demandas envolvidas no cuidado a sujeitos em estado de sofrimento psicossocial muito grave. (CAMPOS, 2011 p. 103).

Creditamos à ausência de espaços em que a equipe pode fazer a análise das suas relações com o trabalho, com os usuários e entre colegas, a causa de grande parte da dificuldade em desenvolver a clínica da atenção psicossocial junto aos usuários. Os profissionais se reúnem semanalmente, cumprem seu horário de trabalho, falam dos casos e dos problemas a serem resolvidos, mas não contam com qualquer tipo de apoio para colocarem na cena de análise os afetos produzidos pelos encontros com os usuários, as relações institucionais, os diferentes elementos que estão possibilitando ou atravancando o trabalho cotidiano. Assim, nos parece que não é por falta de responsabilidade profissional ou engajamento aos princípios da RP que o CAPS estudado, muitas vezes, desconsidera o sujeito que pretende tratar. O que parece faltar à equipe é algum suporte para que ela possa se questionar, abrir arestas em um trabalho já automatizado, com grandes riscos de cronificação, embora bem intencionado.

É importante frisar ainda que consideramos que cuidar de um sujeito significa olhar para este como um emaranhado de experiências, lidando assim com o campo total de sua experiência, que engloba aspectos biológicos, psíquicos e sócio-históricos concomitantemente. Propomos pensar no sujeito sempre como um sujeito que se dá em uma relação e, para tanto, se faz necessário pensar o território⁴ em que ele está inserido. O território é algo muito importante quando se pensa nessa clínica psicossocial, pois é nele que se aposta

⁴O conceito de território aqui bebe nas águas do geógrafo Milton Santos (2009) que no diz que o território em si, não é um conceito, que ele só se torna “um conceito utilizável para análise social quando o consideramos a partir de seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utilizam” (p. 22). Na saúde mental entendemos como território o local onde os sujeitos vivem, se relacionam, é no território também onde se encontram as redes de suporte à saúde, ao social, consideramos que habitar o território é habitar a cidade.

que a intersubjetividade é construída, assim, não existiria intersubjetividade fora do território (DELGADO, 2006).

Delgado (2007) nos ajuda a pensar o território enquanto lugar de possível produção de cuidado. Mas, o autor lembra que território é também lugar de desamparo, no sentido de que, por si mesmo, ele nada nos garante, dando em alguns momentos a sensação de desamparo absoluto. O território se encontra “fora daqueles lugares que nos asseguram o exercício da clínica naquelas tradições nas quais fomos formados: o consultório, o ambulatório, o hospital psiquiátrico, a emergência” (idem, p. 61). O território é o mundo, mas um mundo em que é preciso que atuemos para a criação de agenciamentos. Conseqüentemente, quando falamos em território e saúde mental, logo pensamos no conceito de rede, na rede intersetorial que engloba a saúde no geral, a assistência social, a educação, a geração de trabalho e renda, o esporte, o saneamento básico, entre outros.

Costa-Rosa (2013) considera que muitos CAPS hoje não têm conseguido dar conta das propostas da atenção psicossocial, pelo fato das ações ficarem centradas no “Estabelecimento CAPS”, indo na contramão das políticas de territorialização do cuidado. A territorialização do cuidado se expressa em cuidar dos que necessitam em seus territórios, integrando “a rede social da comunidade em que se inserem, assumindo a responsabilidade pela atenção à saúde nesse espaço e incorporando, na sua prática, o saber das pessoas que o constituem” (PENIDO, 2013 p. 19). Assim a AB é indispensável para que a territorialização do cuidado aconteça, se tornando imprescindível essa parceria da saúde mental com a AB. Tais políticas têm relação com o fato de se estar cada vez mais priorizando um cuidado em saúde mental territorial, onde esse passa a ser compartilhado e considera-se que para isso se dar o Apoio Matricial⁵ é imprescindível, mas que não nos ateremos a explorá-lo aqui nesta dissertação.

No bojo desta discussão, Costa-Rosa (2013) nos alerta para o risco da centralização de ações apenas nos CAPS, enquanto que sabemos que para uma Atenção Psicossocial se dar se faz necessário toda uma reestrutura institucional, interinstitucional e social. Reestruturar implica mudanças nas relações de hierarquia, os “modos horizontalizantes em todas as instâncias do trabalho e da convivência aparecem como a condição mínima necessária para a viabilidade concreta da participação protagonista e desejante que rege a ética da Atenção Psicossocial” (idem, p. 123). Os CAPS precisam tentar estabelecer uma via de diálogo permanente com outras partes da rede, um diálogo intersetorial, estreitando cada vez mais o distanciamento que a fragmentação dos modos de produção de saúde, no decorrer da história, causou.

Trazemos um trecho da narrativa grupal que ilustra como a equipe entende o contato com a rede: *As parcerias são muito importantes, pois conseguimos cuidar de maneira mais global do paciente, como em relação a questões clínicas dos pacientes, eles devem estar sendo acompanhados pela ESF, afinal os usuários de saúde mental não podem ser diabéticos, hipertensos?(narrativa grupal)*. A narrativa ainda defende que as mudanças no entendimento do que é saúde mental *se deve muito à Estratégia de Saúde na Família... saímos de um modelo setorializador de cuidado para um modelo que pensasse a integralidade(narrativa grupal)*. Assim, tomando como base as reflexões da equipe e de

⁵O apoio matricial é completamente diferente da lógica do encaminhamento ou da referência e contra-referência no sentido estrito, porque significa a responsabilidade compartilhada dos casos. Quando o território for constituído por uma população abrangente, é importante que o CAPS discuta com o gestor local a de acrescentar a seu corpo funcional uma ou mais equipes de saúde mental, destinadas a realizar essas atividades de apoio à rede básica. Essas atividades não devem assumir características de uma “especialização”, devem estar integradas completamente ao funcionamento geral do CAPS (BRASIL, 2004).

Delgado (2007), podemos considerar que rede é indispensável para pensar o território enquanto espaço, lugar social da loucura.

Contudo, durante as observações pudemos perceber que a rede foi trazida para cena, predominantemente, como algo frágil, fato que consideramos fazer a equipe se sentir desamparada em algumas situações. Os serviços que compõem a rede existem, porém o enredamento entre eles não está sendo possível, estão tendo dificuldade de se comunicar, de dialogar. Vale registrar aqui que no momento de realização da pesquisa o município encontrava-se sem *gerente de saúde mental*, fato importante quando estamos falando do funcionamento da rede, ou melhor, de seu agenciamento. Para falarmos da existência de uma clínica ampliada, de uma atenção psicossocial, há a necessidade da existência dessa rede, em um processo de coexistência de ideais, de perspectivas de cuidado, de modos de ver os sujeitos. O diálogo entre as diferentes perspectivas e possibilidades de trabalho não surge por *geração espontânea*. Ele precisa ser desejado, manejado e sustentado, consequências para que haja o agenciamento da rede. No contexto estudado, a equipe parece precisar de ajuda para se inserir nesse diálogo que é visivelmente por ela demandado, entretanto, talvez não reconheça ainda essa necessidade de ajuda e, tampouco, as instâncias ou sujeitos políticos a quem pudesse endereçá-la.

Refletimos até agora sobre que sujeito é este que o CAPS se propõe a cuidar, sobre a importância do território, da existência e funcionalidade de uma rede, tudo isso para pensar sobre a questão da clínica, da clínica ampliada, nesses serviços. Na tentativa de ampliar nossa discussão, pensamos agora por uma perspectiva mais ligada a reinserção social, com a ajuda do trecho que segue do diário de campo, que relata sobre um usuário que não conseguia se desligar do serviço. A equipe já tinha feito seu encaminhamento para o acompanhamento no ambulatório da cidade, mas ele sempre voltava: *a equipe questiona, mais uma vez, se este era o espaço ideal para ele estar, se o CRAS, ou mesmo um trabalho, não teria mais a lhe oferecer, a equipe se mostra impaciente por ele não ter cumprido o combinado de não frequentar mais o CAPS(diário de campo)*.

A passagem acima ilustra bem o quanto as questões subjetivas estão sendo negligenciadas, pois em nenhum momento se questionam que talvez ele se sinta mais pertencido no espaço do CAPS ou, ainda, o que estaria impedindo que o mesmo conseguisse estabelecer vínculos com outras instituições. OCAPS se diferencia em muito de um ambulatório, são serviços com dinâmicas bem diferentes. Podemos pensar que para alguém que possua uma rede social frágil, como acontece com muitas pessoas que fazem uso do CAPS, este é um serviço mais convidativo de se estar, melhor preparado para receber esse sujeito com laços sociais frágeis. Entretanto, isso não é trazido para a discussão, os profissionais apenas enfatizam que ele descumpriu as regras, os encaminhamentos. Ao mesmo tempo, a equipe não procurou o CRAS para conversar e vislumbrar a possibilidade da inserção do paciente nesse serviço, ou ainda, o que os profissionais avaliaram de seu caso. Ou seja, não houve compartilhamento do caso, apenas encaminhamento. Esse caso ilustra bem o quanto o objetivo da reinserção social parece esmorecer as questões intersubjetivas dos sujeitos que são cuidados, além de ir contra a ideia de um cuidado territorializado, como acima trazido, quando se opta pelo encaminhamento isoladamente.

Outra questão a ser considerada na discussão sobre as possibilidades do trabalho clínico no CAPS diz respeito à relação entre os profissionais e ao lugar que estes ocupam na dinâmica institucional. Durante a pesquisa de campo, nas reuniões de equipe, foi possível perceber que as formas de participação dos trabalhadores eram bastante distintas. Alguns trabalhadores se expressavam mais nas discussões do caso, mostrando sua preocupação, ponderando possibilidades de trabalho. Já outros não demonstraram tanto envolvimento neste espaço do trabalho. Os profissionais que se mostraram mais participativos durante as tentativas de discussão de casos foram os profissionais que desenvolviam o papel de técnico

de referência⁶ dos usuários. Mas, essa observação se contrapõe à narrativa grupal que diz: *na equipe dos técnicos, as pessoas do apoio⁷ são as mais solicitadas para conversar, para fazer uma escuta, já que eles ficam ‘mais soltos’, a equipe dos técnicos de referência está sempre em atendimento, em visita no hospital ou alguma outra atividade(narrativa grupal).*

Sendo a equipe de apoio a que mais tem contato com os usuários do CAPS, porque esses profissionais, como foi observado, se pronunciam tão pouco nas reuniões, espaço este reservado para falar do cotidiano do serviço, do cuidado? Acreditamos que, pensando no processo clínico, esses momentos de diálogo dos usuários com os técnicos de apoio poderiam enriquecer, e muito, as discussões dos casos, se fossem compartilhados com a equipe. A maior participação da equipe de apoio nas reuniões faria com que alguns acontecimentos na vida dos usuários não fossem desprezados, a ponto de ficarem ocultos. Falta espaço para que a equipe de apoio se expresse? Ou ainda, falta espaço para se discutir o que os usuários sentem e pensam? Como já mencionamos em momentos anteriores, o investimento em espaços para se questionar as práticas realizadas dentro dos serviços são essenciais para que haja a horizontalização dos saberes, porém, esse espaço era inexistente naquele momento do serviço.

Durante as observações ouvimos muitos relatos de visitas domiciliares, de casos em comum com o Conselho Tutelar, porém, os profissionais não falaram sobre aproximações com outros setores da sociedade, descumprindo seu papel de articulador de políticas inclusivas para os portadores de transtorno mental. Na seguinte vinheta da narrativa grupal fala-se um pouco sobre tal questão: *Em relação a garantir a produção de autonomia de nossos usuários, temos dificuldade em garantir o convívio social comunitário, estimular que tenham suas atividades fora do CAPS, essas são questões difíceis de acontecerem atualmente... (narrativa grupal).*

O fragmento traz a questão da *co-construção de autonomia*, que o CAPS não está conseguindo alcançar, uma questão difícil, porque necessita que a rede funcione como tal, que os profissionais acreditem nisso e se impliquem para tal, além do apoio dos gestores e da consideração genuína da participação do usuário na construção de seu processo de cuidado.

Podemos afirmar que os CAPS nascem com a tarefa de ajudar no agenciamento da vida da população egressa dos hospitais psiquiátricos com quadros de cronicidade a ponto de não conseguirem gerir coisas muito simples da vida cotidiana, dentre muitas outras missões. Assim, apostar na ampliação do grau de autonomia das pessoas que fazem uso do serviço CAPS é um dos carros chefes das práticas desses serviços e dos sistemas de saúde em geral (ONOCKO CAMPOS e CAMPOS, 2006). Onocko Campos e Campos (idem) defendem a ideia de uma co-construção de autonomia como investimento necessário por parte das instituições de saúde, ressaltando que para que esta se dê, é necessário haver uma “reformulação ampliada tanto dos valores políticos, quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde” (ibidem, p. 669).

Em relação a essas mudanças, como a redefinição do objeto do trabalho em saúde, já discutido em outro momento deste trabalho, quando refletimos sobre uma clínica ampliada, os sujeitos passam a ser valorizados em sua singularidade e a doença passa a ser coadjuvante.

⁶O conceito de técnico de referência foi trazido inicialmente por Furtado (1991) e foi pensado para dar conta da demanda de pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, permitindo que esses fossem vistos de maneira mais individualizada ao ter um técnico que é responsável por acompanhá-lo. Ele se apresenta com um importante dispositivo disponível na clínica da atenção psicossocial, baseando-se na “ideia de que um ou mais profissionais aproximem-se de maneira especial de certo número de pacientes e passem a assisti-los de modo singular, elaborando e acompanhando junto de cada um deles um projeto terapêutico individual” (Miranda, 2005).

⁷ Equipe de apoio é formada pelos profissionais de nível médio, que auxiliam no funcionamento da instituição, desempenhando funções administrativas, de limpeza e zeladoria do espaço. Estão em constante contato com os usuários e participam das reuniões de equipe.

Onocko Campos e Campos (2006) afirmam que para se buscar a “co-construção de autonomia tanto para usuários quanto para os profissionais, há que se preceder a uma ampla reorganização da clínica e da saúde coletiva” (idem, p. 669).

O conceito de autonomia pode ser definido como um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos se autogerirem e se compreenderem, sob o prisma de objetivos democraticamente e socialmente estabelecidos. Para melhor explorar essa questão, Onocko Campos e Campos (2006) propõem “a co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença” (idem, p.670). Os autores consideram que a autonomia:

depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias. Depende da existência de leis mais ou menos democráticas. Depende do funcionamento da economia, da existência de políticas públicas, de valores veiculados por instituições e organizações. Depende da cultura em que está imerso (ONOCKO e CAMPOS, 2006 p.670).

A questão da autonomia foi abordada em diversos momentos das observações, como um conceito internalizado pelos trabalhadores com importância inquestionável, entretanto, os trabalhadores frequentemente mencionaram dificuldade em colaborar na ampliação do grau de autonomia dos usuários. Isso é ilustrado no fragmento a seguir:(...) *entendemos os usuários como sujeitos potenciais para desenvolver a autonomia, mas muitos deles ainda estão muito presos ao CAPS, poucos conseguem realizar atividades fora do CAPS, não conseguem buscar as coisas sozinhos...então podemos dizer que há esse entrave na questão da autonomia (narrativa grupal).*

Foi possível perceber através das observações que essa co-construção de autonomia anda prejudicada, e as razões podem ser múltiplas: desde uma relação frágil com a rede que auxilia o CAPS, até a falta de projetos que fomentem esse processo de uma co-construção da autonomia, projetos estes que precisam incluir um exame delicado das potencialidades e desejos dos usuários e dos trabalhadores.

Ainda sobre a temática da autonomia, um trecho da narrativa grupal nos diz: *em relação a produção de autonomia, temos dificuldade em garantir o convívio social comunitário, estimular que tenham suas atividades fora do CAPS, essas são questões difíceis de acontecerem atualmente (narrativa grupal).* Esta passagem nos traz a reflexão sobre as tessituras que a clínica pode fazer, pensando na clínica ampliada como aposta. Faz parte desta considerar as relações que os sujeitos criam com o mundo e, caso necessário, ajudá-lo a se relacionar de maneira mais saudável com seu meio social.

Reafirmamos a questão de uma possível negligência da questão (inter)subjetiva, já que os profissionais ficam presos ao discurso reabilitador, desconsiderando novamente as questões internas e relacionais dos sujeitos. Pouco apareceu nas discussões da equipe um projeto de uma construção conjunta, que envolve a relação que os usuários têm com o serviço e o serviço como os mesmos. Não ouvimos questionamentos acerca do modo como os usuários se sentem no CAPS, ou sobre as funções que a permanência lá tem para suas vidas. Sequer ouvimos discussões acerca dos tipos de relações que os usuários possuem com a equipe e sobre as demandas que lhe direcionam. A construção da autonomia certamente envolve muitas outras questões, mas apostamos no investimento dessa clínica que prioriza o trabalho multidisciplinar, a articulação intersetorial, os vínculos, a subjetividade, assim como o entorno social dos sujeitos em questão, desde que, é claro, a participação destes possa ser legitimada, com todas as dificuldades que ela venha a impor.

Vale considerar ainda que quando nos referimos a uma prática clínica de um CAPS é inquestionável a importância que a história tem para o mesmo - a história dos usuários e a história do próprio serviço. Como falar de um lugar sem conhecer sua história? Como falar do sujeito e desconsiderar suas experiências vividas? Durante o grupo focal, ao se questionar sobre a história do serviço, apenas duas pessoas, das oito que participaram, sabiam de fatos históricos sobre o serviço. Não podemos descartar o fato de que *a equipe do CAPS foi quase toda mudada nessa transição de governo, praticamente 90%, essa equipe atual tem pouco menos de dois anos de trabalho, da equipe antiga ficaram apenas três trabalhadores (narrativa grupal)*. Entretanto, não ter feito parte da história não impede que a conheçamos e nos apropriemos dela.

Durante o grupo, os profissionais se mostraram surpresos sem relação a vários fatos contados por uma das funcionárias, a mais antiga da equipe, que trabalha na zeladoria. Ela contou ao grupo muitas histórias sobre o serviço, como a participação social dos usuários e trabalhadores:

no início do ano de 2000, os pacientes iam muito para as reuniões e fóruns da luta antimanicomial, da saúde mental, que têm até hoje no Rio, mas não era como agora, que só vai um ou outro, saía de Angra um ônibus, com muitos usuários, a participação dos usuários e dos profissionais nesses espaços era muito maior(narrativa grupal).

A equipe ficou surpresa com o envolvimento da equipe e dos usuários no passado, principalmente na militância, ficando evidente que hoje essa participação é bem menos expressiva.

Para nós, o que mais surpreendeu foi o desconhecimento da equipe em relação à história do serviço em que trabalha. O trecho mais acima que retrata uma equipe recente, com menos de dois anos de existência, pode servir de acalento se pensarmos que não vivenciaram essa história. Entretanto, perguntamo-nos se isso não se configuraria como uma espécie de negação das tradições e histórias, o que tenderia a comprometer a conformação de uma identidade integrada do serviço. A história foi pouco trazida pela única profissional que estava na equipe desde sua constituição. Ao mesmo tempo, esta profissional foi pouco convocada a compartilhar a história, fazendo com que a ligação com o passado ficasse prejudicada.

Sem passado é difícil projetar o futuro. Vive-se um eterno presente, traduzido por atuações pouco analisadas, pensadas e planejadas. Como em um jogo especular, essa realidade parece se refletir na discussão dos casos dos pacientes, cujas histórias e tradições também ficam em uma zona de desconhecimento. Consequentemente, trabalha-se em visitas domiciliares, oficinas, encaminhamentos para outros serviços da rede, mas poucos sentidos se constroem acerca desses movimentos, aprisionando-os em um círculo de inércia, que não vasculha o passado soterrado e não consegue se projetar no futuro a ser desejado.

6.1.2 Lugar do Médico

Este núcleo de sentido surgiu ao sentirmos necessidade de pensar sobre o lugar do médico dentro do CAPS, na medida em que essa figura foi mencionada continuamente nas reuniões de equipe, embora não se fizesse presente concretamente. O fato de aparecer com frequência e quase sempre de modo polêmico nos soou como um reflexo do modo de apreensão de sentidos sobre o trabalho e das relações (inter)subjetivas da equipe. Entretanto, neste trabalho acadêmico não temos a intenção de reproduzir discursos já

cristalizados que, como ressalta Tenório (2007), frequentemente colocam o médico no lugar de quem atrapalha a RP. Nossa intenção é realizar uma reflexão crítica acerca do tema em questão, a fim de tentar refletir sobre que lugares e como tem se dado a ocupação do médico no CAPS.

Durante as observações de campo nos surpreendeu o fato do médico não participar das reuniões de equipe. Em algum momento da história do serviço ele já participou, mas esta equipe atual nunca teve a oportunidade de ter a participação dele em uma reunião. A justificativa para tal ausência é explicada, pela equipe, pelo fato do dia da reunião não ser o dia de trabalho do médico no serviço, além dele não encontrar-se no município neste dia. A equipe também não se demonstrou disponível para mudar o dia de reunião para um dia compatível com o do médico, talvez porque, como dito em uma das reuniões, quarta-feira, dia da reunião, é o único dia em que todos os profissionais se encontram.

A mesma ausência do médico nos impactou quando não tivemos sucesso nas tentativas de contato com ele para a realização desta pesquisa. Durante dois meses tentamos contato com ele, foram feitas várias tentativas, todas sem sucesso, lamentavelmente. Entretanto, apesar de não ter participado diretamente, o médico, psiquiatra há mais de 30 anos, esteve presente nos diálogos durante os espaços de reunião e do grupo focal, como mostraremos no desenvolver deste tópico.

O movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira, como já falado em outras passagens deste texto, tem inspiração na reforma psiquiátrica italiana. A psiquiatria, enquanto saber médico, também sofreu influência desse movimento. A RP, enquanto movimento social e político, teve e tem como objetivo central de romper com a hegemonia da medicina, de modo que esperava-se que o detentor de saberes sobre a loucura deixasse de ser apenas a psiquiatria (LOBOSQUE, 2001).

Nesta perspectiva de mudanças, a psiquiatria, como todas as outras profissões que compõem hoje o quadro dos serviços substitutivos, precisou rever suas práticas. A psiquiatria, em particular, é originária do ambiente hospitalar, “vinda de uma tradição asilar e normatizadora, a psiquiatria, quando exercida dentro do espaço físico do hospital psiquiátrico, parece abrigada e protegida das ambigüidades e ilogicidades de seu discurso fundante” (MENEZES e YASUI, 2009 p. 219). Assim, nos perguntamos como esse saber que nasce do hospital psiquiátrico tem se conjugado a um cuidado territorial, através de uma perspectiva da atenção psicossocial?

Menezes e Yasui (2009) já nos adiantam que “abrigado pelo hospital durante sua formação, o psiquiatra no território se vê exposto e vê exposto seu saber às intempéries da realidade territorial” (idem, p. 222). Diante disso, nos perguntamos como a psiquiatria tem lidado com o território psicossocial, que exige que o trabalho se dê em equipe, em uma troca interdisciplinar? Por outro lado, questionamos se as equipes estão permitindo que a atenção psicossocial seja composta também pelo saber da psiquiatria? Uma inquietação já trazida em outro momento desta pesquisa diz respeito às possibilidades de diálogo entre a lógica que deve reger o CAPS e o mandato social e histórico da psiquiatria.

Assim, perguntamo-nos se há “realmente um lugar possível para a psiquiatria no seio de uma realidade territorial e dentro dos princípios antimanicomiais e psicossociais atualmente propostos?” (MENEZES e YASUI, 2009 p.218). A esse respeito, Fernando Tenório (2007; 2002) pondera:

a não adesão de parte expressiva da comunidade psiquiátrica aos pressupostos e, sobretudo, ao trabalho nos serviços da reforma...passamos os últimos 20 anos melhorando a psiquiatria, tentando qualificar sua clínica e, no entanto, em alguma medida, posamos de anti-psiquiatras; produzimos, no nível da transmissão, uma

situação discursiva aversiva aos psiquiatras e à psiquiatria... (TENÓRIO, 2007 p. 15).

Neste contexto, nos questionamos então sobre o lugar que a equipe estudada oferece ao médico. Na mesma medida, perguntamos qual o lugar que o próprio médico estaria se colocando dentro dos CAPS. No campo estudado, observamos que o questionamento que a RP faz sobre a hegemonia do médico é traduzido por um jogo de inclusão / exclusão do mesmo, de modo que no momento do medicar ele é convocado, mas sua presença para compartilhar os saberes não é requisitada, como se ele pudesse se ocupar apenas da medicação, resultando em uma fragmentação completamente dissonante da lógica da Atenção Psicossocial. Nossas observações nos permitem afirmar que neste jogo, que envolve equipe e médico, ambos têm responsabilidades, ninguém é visto por nós como vítima.

Diante disso, a partir dos pensamentos de Costa-Rosa (2013), trazemos para nossa discussão o que seria necessário para uma “psiquiatria psicossocial”, que deveria pautar-se na em uma “ética que interessa aos sujeitos do sofrimento, aos trabalhadores da instituição e à população em geral...” (idem, p.217). O autor atrela a essa ética um desvio radical de uma lógica que seja reprodutora dos modos instituídos regidos pelos valores e ideais do modo de capitalismo hoje vigente. Essa ética tem o sujeito:

como protagonista da produção de respostas de sentido capazes de fazerem frente aos sintomas, de modo a produzirem seu reposicionamento “entre” sentido, e em relação aos ideais socioculturais na vertente do desejo e do carecimento” (COSTA-ROSA, 2013p.217).

Consideramos, através de Costa-Rosa (2013), que não é possível apostar em uma psiquiatria psicossocial sem causar uma revolução discursiva que desloque o psiquiatra do discurso médico para outro modo de produção, o desloque para uma atenção à saúde mental baseada na atenção psicossocial. Para o autor, de modo geral, o reconhecimento da subjetividade como um componente facilmente perceptível nas práxis no campo da atenção à saúde, se torna menos perceptível quando nos referimos às práxis médicas em geral onde é mais difícil de inseri-la (COSTA-ROSA, 2013; PASSOS e BARROS, 2006).

Podemos pensar que a psiquiatria que reina ainda hoje é fundada em uma psiquiatria organicista, que tem o DSM como pano de fundo para pensar o sujeito, mesmo dentro dos serviços substitutivos, que são conhecidos como espaços liberados do domínio do paradigma psiquiátrico. Para Costa-Rosa (2013), o discurso médico da psiquiatria “opera a realização da mais-valia produzida na gigantesca indústria química-farmacêutica, tornando-se, desse modo, um agente dessa forma de ciência...” (idem, p. 215). A esse respeito, vale lembrar que é na década de 1950, que acontece um *boom* das indústrias farmacêuticas, quando surgem os psicofármacos, lançando a psiquiatria às neurociências e à indústria químico-farmacêutica.

A questão da medicação foi trazida com frequência junto à figura do médico, nos momentos em que a equipe se referiu ao médico psiquiatria, sendo possível perceber que a medicação ocupava espaço relevante dentro das condutas da equipe. A passagem a seguir retrata fielmente isso:

O tema das medicações foi presente em toda a reunião, a cada caso que era apresentado a questão da medicação aparecia como uma conduta importante e primordial no tratamento. A equipe, ao expor os casos, trouxe em vários momentos

a questão de o usuário estar ou não medicado, ou se este estava com a medicação em dia (diário de campo).

Ainda em relação à questão do lugar que o médico ocupa, o de medicar os usuários em particular, consideramos importante registrar que todos os usuários mencionados nas reuniões faziam uso de alguma medicação e, em muitos casos, essa era a questão principal discutida sobre o caso. Isso confere um poder especial ao médico, já que é ele quem medica, e aponta o quanto a presença dele seria importante nas reuniões de equipe, já que se gasta bastante tempo falando sobre medicação. Mas, por outro lado, podemos pensar que há também na equipe a liberdade de poder questionar a conduta do mesmo e discutir suas prescrições sem a presença dele para ouvir e se colocar.

Acreditamos que o fato de o médico nunca estar presente no convívio com os usuários, de estar ausente do espaço da reunião, fazem com que suas condutas sejam questionadas, pois são pouco baseadas no cotidiano e muito mais em observações pontuais e solitárias. Entretanto, ao fazer tais questionamentos sem a presença do médico, a equipe acaba por reforçar seu isolamento e desconsiderar o saber que é por ela mesma solicitado, no momento de medicar, por exemplo. Sem o diálogo com o médico, a menção às prescrições parecia mais lamentos do que questionamentos capazes de contribuir com a condução dos casos e melhoria do serviço. Questionamos-nos, neste momento, se a equipe estaria solicitando a presença do médico para compartilhar esses casos, mesmo que fosse em outro espaço que não o da reunião.

Sobre o medicar, outra questão importante trazida pela equipe foi o fato do psiquiatra prescrever aos usuários medicações indisponíveis na rede. Trata-se de medicações mais modernas, fornecidas pelo médico através de amostras grátis de que ele dispõe. Para se conseguir tais medicações existe um protocolo, é necessário um laudo do médico afirmando que outras medicações, disponíveis na rede, foram tentadas antes e que não surtiram efeitos favoráveis ao quadro do usuário. Porém, segundo a equipe, em muitos casos ele não inicia com as medicações disponíveis, indo direto para as tais de alto custo, ato visto como irresponsável pela equipe. Assim, quando as amostras acabam, o tratamento fica inviabilizado, uma vez que nem o médico, nem o restante da equipe, estão dispostos a enfrentar a burocracia através da qual é possível solicitar essas medicações à Secretaria Estadual de Saúde.

A seguir, dois trechos do diário de campo que ilustram essa questão:

o médico foi citado hoje por estar prescrevendo medicamentos que não existem na rede, mesmo sem antes tentar com as medicações disponíveis. Tais medicações são de alto custo, sendo necessária uma burocracia maior para consegui-la;

Trazem o caso de um usuário que está com medicação de amostra grátis e ela está acabando, não havendo na rede, equipe diz que já tentou negociar com médico que mude para uma medicação que tenha na rede ou mesmo para injetável, que pela avaliação da equipe seria mais confiável(diário de campo).

Essa última passagem traz a questão da medicação como um problema, estando nas mãos do médico o poder de resolvê-lo, porém, essa decisão poderia ser compartilhada com o restante da equipe, já que entendemos que é ela que passa a maior parte do tempo com os usuários- sendo natural que talvez percebam fatores importantes para a decisão de mudar uma medicação, por exemplo. A vinheta a seguir da narrativa grupal tenta ilustrar um pouco mais isso: *A visão de alguns da equipe é que há falta de abertura do médico, pois quando ele está*

disposto a ouvir, a ajudar, ele faz, mas, se não concorda, ele faz do jeito dele. A equipe diz que no fim a última palavra é sempre a dele (diário de campo).

Nessas passagens notamos a dificuldade de diálogo entre equipe e médico, na medida em que, se por um lado há a queixa da falta de escuta médica, em contrapartida, quando a equipe menciona qual seria a melhor escolha de medicação, ela está desmerecendo conhecimentos específicos da psiquiatria. O que nos fica claro é que o diálogo da equipe com o médico está prejudicado, fazendo com que algumas questões fiquem sem resolutividade pelo simples fato, mas não pouco importante, de a equipe não estar conseguindo estabelecer trocas interdisciplinares com o médico. Note que, ao afirmarmos isso, estamos colocando “equipe” e “médico” como atores distintos, mas não o fazemos ingenuamente, pois sabemos que, em tese, o último pertenceria à primeira. Assim, procedemos por termos identificado uma cisão, que destaca o médico do restante dos profissionais (o destaque se dá pelo reforço ao seu lugar de poder concomitante, paradoxalmente, ao desprezo ao seu saber).

Nos registros do diário de campo nos questionamos se talvez a equipe não tenha sido demasiadamente exigente com o médico em alguns momentos, já que sua conduta foi duramente questionada por ela várias vezes. Malamut (2011) anteriormente já nos trouxe que em algumas equipes há certa briga entre os médicos e os não médicos, além de outra questão que envolve ressentimentos advindos da perda de poder da categoria médica dentro da saúde mental.

Ainda sobre esse assunto, a equipe se queixada ausência do médico nas visitas, no compartilhamento dos casos, na decisão conjunta de uma conduta, além de não atender os usuários intensivos do CAPS, como ilustra a vinheta a seguir: *alguns da equipe criticam o fato do médico quase que se recusar a atender esses usuários do CAPS, não fica claro o motivo, mas segundo a equipe parece que é por pura má vontade mesmo [...] mais uma vez a equipe queixa-se do médico não atender os usuários intensivos do CAPS (diário de campo).* Vale destacar que no último mês de observação a equipe falou de uma visita realizada com a presença do médico, se referindo ao acontecido como um *milagre*(diário de campo). Um elemento novo surge desta visita, quando um dos trabalhadores falou: *o médico não fazia mais visitas, pois estava sozinho no CAPS, atendendo toda a demanda de ambulatório que ainda tem (tinha)no CAPS (diário de campo).* Essa vinheta nos fala de duas coisas: uma que o médico talvez estivesse sobrecarregado com os atendimentos individuais do serviço e outra onde a equipe entende que o CAPS esteja funcionando como ambulatório. Tais questões se confirmam com um trecho da entrevista com a coordenadora:

Com o ambulatório funcionando dentro do CAPS a equipe quase não tinha tempo para fazer mais nada, principalmente o médico. Nos dias em que tem atendimento médico, que é na segunda e terça, o CAPS funcionava o dia todo como ambulatório, ‘o CAPS parava’ e isso não era bom nem para equipe, nem para os nossos próprios usuários, que ficavam muito agitados com tanta gente circulando no serviço, eles acabavam que ficavam de lado (entrevista com coordenadora).

Essa passagem nos antecipa de que há a intenção de acabar com o ambulatório no CAPS e há mesmo: *Essa questão do paciente vir no CAPS só para pegar a receita, todo mês, a nível de ambulatório, está acabando e já deu um alívio muito grande ao serviço(entrevista com coordenadora).* E em relação à sobrecarga do médico, a coordenadora também nos esclarece que: *foi a vinda de mais um psiquiatra para o CAPS, que nos dará suporte nas visitas domiciliares com médico, o que antes era difícil de acontecer e, em muitos casos, se faz necessário a presença do olhar do médico, e agora poderemos contar com ele(entrevista*

com coordenadora). A coordenadora nos traz essa *conquista* como um dos pontos exitosos do serviço no momento da pesquisa.

Voltando à possível recusa do médico em atender os usuários intensivos do CAPS, nos questionamos, se tomarmos o discurso dessa equipe como correspondente da realidade cotidiana, como um médico psiquiatra, trabalhador de um serviço substitutivo, se recusa a atender os usuários do serviço de que faz parte? E, ainda, como ele permanece há mais de 10 anos trabalhando no CAPS, sem mudar alguns posicionamentos? Como a equipe neste tempo todo de CAPS não conseguiu estabelecer uma via de diálogo com ele? Contrabalanceando esses elementos de observação, temos nos registros de diário de campo uma passagem que traz a enfermeira e uma das técnicas de enfermagem afirmando conseguirem ter trocas com médico, sempre que tentam. Fato que nos leva novamente a pensar que lugar essa equipe tem permitido ao médico dentro do serviço e que lugar esse médico tem se permitido e desejado ocupar dentro dessa equipe. Entretanto, infelizmente, por não termos conseguido ouvir o médico, fica difícil aprofundarmos nesta questão, pois corremos o risco de sermos tendenciosos e não é essa nossa intenção aqui.

Em momento anterior desta dissertação, Malamut (2011) nos apresenta uma pesquisa envolvendo apenas psiquiatras que defenderam, por unanimidade, a necessidade da permanência do hospital psiquiátrico. Mas, a nosso ver, ser a favor do hospital psiquiátrico é ser a favor das práticas exercidas dentro dele. A esse respeito, vale registrar que, segundo a equipe do CAPS, o médico é contra o processo de RP. Ressaltamos o quanto esse dado pode prejudicar a qualidade do trabalho do serviço, mas também nos questionamos se não haveria certo exagero nesta afirmação, na medida em que é difícil imaginar alguém trabalhando há 10 anos em um serviço de cujos princípios discorda. Sem a entrevista do médico, pouco podemos concluir a esse respeito. É possível supor, apenas, que tamanha contradição na postura do médico se sustente justamente na sua cisão em relação à equipe e no seu isolamento, que parece lhe permitir estar presente sem participar efetivamente.

Concluimos este núcleo de sentido trazendo que talvez o principal problema dessa equipe, no que diz respeito à relação com o médico, não seja o poder deste, mas a falta de trocas com ele. A cisão entre médico e equipe está passando despercebida tanto para equipe como para a gestão do serviço que, vale lembrar, havia acabado de mudar quando a pesquisa se iniciou. É preciso também apontar que essa cisão médico-equipe se traduz em projetos terapêuticos também fragmentados ou reduzidos a dias de frequência e atividades realizadas dentro do serviço. Diante disso, o sentido da medicação não é conjugado com os objetivos das demais intervenções. Estas, por sua vez, também são pouco pensadas, pois a equipe se ocupa mais de queixar-se das prescrições feitas pelo médico do que de pensar sobre o projeto terapêutico dos usuários como um todo, e suas ressonâncias na vida desses usuários, da equipe e do cotidiano do serviço.

Assim, não foi possível observar nas reuniões de equipe questionamentos sobre as relações estabelecidas entre os profissionais, entre os profissionais e usuários, questão que podemos pensar ser de função da gestão fomentar. Podemos pensar que a função da gestão como uma instância que deve propiciar que as equipes coloquem em cena suas dificuldades, sonhos, potências, afetos, que possa analisá-los e possa criar projetos coletivamente, não está acontecendo (ONOCKO CAMPOS e FURTADO, 2005). Lembramos o fato da gestão atual do serviço não ter tido antes nenhuma experiência direta com a saúde mental, realidade que coaduna com a ausência da gerência de saúde mental do município, demonstrando uma gestão frágil e solitária. É função da gestão trabalhar para que se evite possíveis cronificações, através do manejo do inevitável dilema posto pelas forças instituintes e instituídas, ambas necessárias a projetos de cuidado a longo prazo.

Onocko Campos e Furtado (2005), conforme já trazido em momento anterior, apostam na gestão dos equipamentos para combater as cronificações das práticas dentro dos serviços. Os autores consideram que a:

gestão necessariamente produz efeitos nos âmbitos administrativo e financeiro, político, pedagógico e da subjetividade dos sujeitos envolvidos – o que é compatível com os vários aspectos que se pressupõe sejam considerados no processo de mudança em saúde mental (ONOCKO CAMPOS E FURTADO, 2005 p. 119).

Junto com Onocko Campos e Furtado (2005) afirmamos que a aposta em “modelos de gestão tendentes à horizontalização, que possibilitem e convoquem a maior participação dos profissionais de saúde e da população no gerenciamento das políticas de saúde ali realizadas” (idem, 117) é a que acreditamos ir ao encontro dos princípios ideológicos e práticos da RP.

No serviço estudado o lugar do médico encontra-se cronificado. Mas talvez a postura da equipe para com o médico também esteja cristalizada. A equipe, que inclui aí a gestão, não está questionando nenhum dos dois fatos, optando por culpabilizar o médico. Porém, é necessário reconhecermos que os processos de análise das próprias práticas precisam contar com suportes que carreguem certa alteridade, um olhar de fora, recurso este que a equipe não possui. Seria fundamental, por exemplo, o dispositivo da supervisão clínico-institucional. Onocko Campos e Furtado (2005) nos lembram que nas equipes de saúde mental há uma maior tendência à alienação do que em outras equipes da saúde, pelo fato, não tão simples, de se trabalhar com o sofrimento psíquico. No serviço estudado não foi só o médico que apareceu isolado, o CAPS como um todo também se mostrou assim. Reforçamos então que, na medida em que não contam com apoios externos, seja da rede, seja de figuras de gestão, como o gerente de saúde mental, ou de um supervisor, não possuem a alteridade necessária para disparar processos de autoanálise.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação nos objetivamos a tentar compreender os modos de apreensão das propostas da Reforma Psiquiátrica, através das práticas dos profissionais do CAPS II Cais São Bento em Angra dos Reis. Essa experiência foi muito gratificante vide a importância que este município teve para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, sendo berço do Programa de Volta Para Casa, como explorado anteriormente neste trabalho. Mas também foi gratificante porque nos proporcionou vivenciar um espaço tão caro para um serviço como o CAPS, que são os espaços de reunião de equipe. E isso somente foi possível, porque a equipe aceitou que a pesquisa se realizasse lá, que a pesquisadora entrasse nesse espaço de certa forma íntimo, e isso é muito, sabemos disso, é muito, pois permitir que alguém entre para observar o trabalho que se faz em uma instituição é corajoso, é também estar aberto ao olhar estrangeiro.

Reconhecemos que no serviço pesquisado ficou claro a valorização de alguns dos princípios da RP, sobretudo aqueles relacionados à reabilitação/reinserção social. No entanto, não vimos a equipe sequer analisar esses princípios dos quais expressa pactuar. Não analisar e não pensar sobre as práticas desenvolvidas em um serviço de saúde mental podem se configurar como elementos que contribuam para a cronificação dessas práticas e consequentemente do serviço como um todo.

A possibilidade de cronificação apareceu também quando a equipe parece negar as tradições históricas em diferentes dimensões, deixando, por exemplo, de se referir à história da Saúde Mental e aos problemas que a RP vem buscando superar, incluindo as dificuldades

do próprio serviço. Neste sentido, apesar da equipe se manifestar contra as internações em hospitais psiquiátricos, por exemplo, não foi possível perceber ela se questionamento sobre a história das internações com suas várias facetas de violência, com seu descuido e todas as formas de atrocidades que existe(iram) nelas.

Outra forma de produzir cronificação é a insuficiência de reflexões sobre as práticas que acontecem dentro do CAPS (mesmo aquelas que já foram nomeadas como boas e ruins). Assim, apesar da equipe ter sido capaz de considerar que algumas práticas são boas e outras não, tomando como parâmetro a RP, e demonstrando olhar crítico ao processo, no entanto, parece não se preocupar em refletir e se perguntar sobre os “porquês” dessas práticas, ou ainda, que sentido elas estão tendo nas vidas dos usuários atendidos e na dinâmica do serviço. Isso nos leva a pensar que apesar do olhar crítico ao panorama manicomial, a equipe está tendo dificuldade em analisar de forma crítica suas próprias práticas.

Outra dimensão que podemos trazer aqui acerca da negação da história, é o fato de apesar da equipe estar reunida semanalmente, preservar um mínimo de espaço de coletividade, estar atenta para manter certa qualidade no trabalho que executam, não está se perguntando “quem é”. Para saber quem somos se faz necessário elaborar como foi nosso processo de constituição, reconhecer os diferentes fatores que nos influenciaram a estar do modo como estamos hoje, além da necessidade de conhecer e se questionar sobre o passado, mesmo que não tenhamos feito parte dele. As observações de campo nos mostraram a realidade de uma equipe que talvez nunca tenha se perguntado sobre sua própria história, sobre que solo aquele serviço foi construído. Ao negar sua própria história, a equipe corre o risco de negar também a história dos próprios usuários, prejudicando a inclusão desta nos projetos terapêuticos.

Reconhecemos aqui que para fazer esse trabalho de elaboração e retorno à história, seja ela de um serviço, da vida de um usuário ou da vida do próprio trabalhador se faz necessário que haja espaço adequando para que isso possa acontecer. A nosso ver a supervisão clínico institucional se configura como um dos dispositivo possibilitador de retorno à história, assim como espaço possível para que as práticas sejam elaboradas, pensadas, transformadas. As supervisões clínicos institucionais são espaços importantíssimos para que as práticas não se enrijeçam a ponto de se cronificarem e não haver mais possibilidade para o novo, para reconhecer os erros, comemorar os acertos ou ainda para se questionar determinadas condutas. Entretanto esse dispositivo era até o momento da pesquisa inexistente no CAPS e também pouco solicitado pela equipe.

Outra questão que sustentamos ser importante haver dentro do CAPS é a existência de mecanismos que liguem o passado e o presente, seja do serviço ou da vida dos usuários. A existência desses mecanismos tornaria possível a realização de uma clínica que compreende o usuário como fruto de relações sociais e históricas.

Por fim defendemos uma retomada da dimensão clínica nas práticas dentro do CAPS, consideramos que talvez ela precise ser (re) apreendida pela equipe, pois não tem sido uma prioridade dentro das diversas práticas desta, encontrando-se, podemos afirmar, desvitalizada. Essa dimensão da clínica se faz necessária para a elaboração do projeto terapêutico dos usuários, assim como para a construção de um projeto para o serviço. Lembramos que a clínica da qual nos referimos aqui busca “muito mais do que a simples diminuição do sofrimento individual. A clínica que temos em mente visa a transformação das condições de possibilidade que sustentam a experiência subjetiva, quer no plano individual quer no coletivo” (BEZERRA JR., 2007 p.30). Isso quer dizer que as transformações também precisam ser dar no mundo, o que para mim expressa a dimensão mais encantadora dessa clínica ampliada: sujeito e entorno se constroem mutuamente, deste modo, as transformações também precisam ser concomitantes.

Quando estamos falando de quem cuida, o profissional, e de quem é cuidado, o usuário, estamos falando de sujeitos, que devem ser considerados a partir "de um campo intencional, um campo de ação no qual o indivíduo se projeta no mundo, um campo experiencial complexo para o qual concorrem igualmente fantasias idiossincráticas, pre-disposições biológicas e prescrições culturais" (BEZERRA JR., 2007 p.30). Nosso trabalho mostrou que os princípios da reforma apreendidos/incorporados pelos profissionais, precisam ser integrados à sua história e às possibilidades concretas do CAPS, assim como aos determinantes históricos e culturais da cidade de Angra dos Reis e da tradição da saúde mental lá construída.

8.REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALVERGA, A. R. e DIMENSTEIN, M. **A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura**. Interface, Botucatu-SP, v.10, n.20, p.299-316, 2006.

AMARANTE P., et al. **Loucos pela Vida - a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Coleção Panorama/SDE/ENSP 1995.

_____. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. Sonia Fleury (organizadora). São Paulo: Lemos Editorial, 1996.

_____. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARTHES, R., et AL. **Análise estrutural da narrativa**. 7ª Ed., Tradução de Maria Zélia Barbosa Pinto. Rio de Janeiro. Ed. – Petrópolis, 2011.

BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Revista Ciência e Saúde Coletiva. vol.10, n.3, p. 561-571, 2005.

BENJAMIN, W. **O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov**. In: Obras escolhidas: magia e técnica, arte e política. São Paulo: Brasiliense, p. 1994.

BEZERRA, B. J. R. **A clínica e a reabilitação psicossocial**. In: Reabilitação Psicossocial no Brasil Ana Pitta (org.). São Paulo: Hucitec, p. 137-142, 1996.

_____. **É preciso repensar o horizonte da Reforma Psiquiátrica**. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (12): p. 4590-4602, 2011.

_____. **Um apelo à clínica: nem o respaldo da norma, nem o extravio na dor**. Lobosque, A. M. (org.). Cadernos de Saúde Mental. Belo Horizonte: ESP-MG, v.1 2007

BIRMAN, Joel. **A cidadania tresloucada: Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais**. In: Bezerra, B. J., Amarante, Paulo. Psiquiatria sem hospício: Contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1992.

BRASIL. **Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Regulamenta o funcionamento de todos os serviços de saúde mental**. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1992.

_____. **III Conferencia Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo / Secretaria de Assistência á Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Cartilha Programa de Volta para Casa.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Coordenação Geral de Saúde Mental. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Lei nº 10.216, de 09 de abril de 2001. Regulamenta a Mudança do Modelo de Atenção em Saúde Mental.** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2001.

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional.** Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002.

_____. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental.** Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental Brasília, 2005.

_____. **Censo 2010.** Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/rj2010.pdf. Acessado em 24 de novembro de 2014.

_____. **Portaria nº 3088. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS),** de 23 de dezembro de 2011. Ministério da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011.

CAMPOS, G. W. S. **Clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada.** Em: Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, p. 51-67, 2003.

CAMPOS, G. W. e AMARAL, M. A. **A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(4). p .849-859, 2007.

COSER, O. **Sobre a transformação da instituição psiquiátrica–** fragmentos de uma história. Em: De corpo e alma, cabeça e coração. Rio de Janeiro: Garamond, p. 45-75,2006.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica Contribuição a uma Clínica Crítica dos Processos de Subjetivação na Saúde Coletiva.** Editora Unifesp, São Paulo, 2013.

DELGADO, P. **Revista Cidadania: outros olhares.** Belo Horizonte, 2001. Disponível em: <<http://www.paulodelgado.com.br>> Acessado em: 03 de outubro de 2013.

DELGADO, P. G. **Por uma clínica da Reforma: concepção e exercício.** Ana Marta Lobosque (org.). Cadernos de Saúde Mental. Belo Horizonte: ESP-MG, v.1, 2007.

DENZIN, N.K. e LINCOLN, Y.S. **O diagnóstico em psicanálise: do fenômeno à estrutura.** Ágora. 2000. 3(2): 65-88, 1994

DIMENSTEIN, M. e MACEDO, J. P. **Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial.** Em: Psicologia: Ciência e Profissão. Brasília: CFP, Vol. 32, n. 1, 2012.

FERREIRA, G. **De Volta para Casa.** Em: Reabilitação Psicossocial no Brasil. Ana Pitta(org.). São Paulo. Hucitec, p. 80-88,1996.

_____. **Desinstitucionalização, inclusão e proteção social: Programa de Volta para Casa.** 2003.

FERREIRA NETO, J. L. **A formação do psicólogo. Clínica, social e mercado.** São Paulo: Escuta, 2004.

FOUCAULT, M. **História da Loucura.** São Paulo. Ed. Martins Fontes, 2009.

_____. **O Poder Psiquiátrico.** São Paulo. Ed. Martins Fontes, 2006.

_____. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro. Ed. Graal, 1979.

FURTADO, J.P. **Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., Interface - Comunic., Saúde, Educ. v.11, n.22, p.239-5, mai/ago, 2007.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos.** 7ª edição. São Paulo. Editora Perspectiva, 2001.

GOMES PINTO, J. C. **Integralidade, Clínica Ampliada e Transdisciplinaridade: conceitos para a potencialização das práticas em Saúde Mental.** Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense, Niterói 2007.

LEAL, E. e DELGADO, P. G. **Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de Desinstitucionalização.** Em: Roseni Pinheiro et al.(Org.). Desinstitucionalização na saúde mental: contribuições para estudos avaliativos. 1a ed. Rio de Janeiro. CEPESC: IMS/LAPPIS: ABRASCO, p. 137-154, 2007.

LOBOSQUE, A. M. **Experiência da Loucura.** Editora Garamond, Rio de Janeiro, 2001.

LOURAU, R. **René Lourau: Analista Institucional em tempo integral.** São Paulo: Ed. Hucitec, 2004.

MALAMUT, B.S. et al. **A rede de atenção à saúde mental na visão de médicos.** Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, V. 3, n. 6, p. 126-150, 2011.

MENEZES, XXX e YASUI, **O psiquiatra na atenção psicossocial: entre o luto e a liberdade.** Ciência & Saúde Coletiva 14 (1), p.217-226, 2009.

MIELKE, FB et al. **O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais.** Ciência & Saúde Coletiva, 14(1):159-164, 2009.

MINAYO, MCS. Org. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. **Desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde.** 12ª. edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MIRANDA, L. et al. **Dos grupos focais aos grupos narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa.** Em: Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental: desenho participativo e efeitos da narratividade. São Paulo: Aderaldo e Rothschild, 2008.

MIRANDA, L. **Transitando entre o coletivo e o individual: reflexões sobre o trabalho de referência junto a pacientes psicóticos.** Campinas, SP : [s.n.], 2009.

ONOCKO CAMPOS, R. **Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações a partir de desenhos participativos.** Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 21 [4]: 1269-1286, 2011.

_____. **Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental.** Em: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. Rio de Janeiro v.25 n.58 maio/ago. 2001.

ONOCKO CAMPOS, R. e CAMPOS, G. W. S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão.** Em: Tratado de saúde coletiva. Campos, Gastão W.e S.a et al (org.), Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, p.669-688, 2006.

ONOCKO CAMPOS, R. e FURTADO, J. **A transposição das Políticas Públicas de Saúde Mental no Brasil para a prática nos novos serviços.** Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental, ano VIII, n. 1, mar/2005.

PASSOS, E. e BARROS, B. **Passagens da clínica.** Em: Polifonias: Clínica, Política e Criação. Auterives Maciel, Daniel Kupermann e Silvia Tedesco (org), Rio de Janeiro: Conreacapa, p. 89-100, 2006.

PENIDO, C. M. F. **Apoio matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva.** Em: Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado. Simone P. e Rosana N. (org.). Porto Alegre: Sulina, p.17- 38, 2013.

PITTA, A.M.F. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas.** Revista Ciência & Saúde Coletiva, p: 4579-4589, 2011.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica.** Em Tundis et al. (orgs.), Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis-Vozes, 1987.

ROTELLI, F. **A instituição Inventada.** Publicado na Revista "Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do “Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia” 1990. Disponível em

<http://saudeecosol.files.wordpress.com/2012/10/ainstituic3a7c3a3o-inventada-franco-rotelli1.pdf>.

SALES ALLF. e DIMENSTEIN M. **Psicólogos no processo de Reforma Psiquiátrica: prática em desconstrução?**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 14, n. 2, p. 277-285, abr./jun., 2009.

SANTOS, M. **Território e Sociedade: entrevista com Milton Santos**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SCHWANDT, TA. **Três posturas epistemológicas para a investigação qualitativa: Interpretativismo, hermenêutica e construtivismo social**.p. 194-217. Em: Denzin, NK. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SILVEIRA, N. **Encontros: Nise da Silveira**. Org.: Carlos Mello. Rio de Janeiro: Beco do Azougue, 2009.

SPINK, MJP et all. **A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional**. Em: Spink MJP (org). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do psicólogo, 2010.

TENÓRIO, F. **A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro - Marca d'água Livraria e Editora, 2001.

_____. **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.

_____. **Questões para uma atualização da agenda da Reforma Psiquiátrica**. Em:Saúde Mental e Saúde Pública: Questões para agenda da Reforma Psiquiátrica. COUTO, C. V. e MARTINEZ, R. G. (org.) NUPPSAM/ IPUB/ UFRJ, Rio de Janeiro, 2007.

TURATO, ER. **Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa**. Revista Saúde Pública, pp. 507, 2005.

VASCONCELLOS, V.C. e AZEVEDO, C.S. **Sentidos do trabalho e imaginário organizacional em um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS**. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14,n.34, p.563-76, jul./set. 2010.

WESTPHAL, MF. **Participação Popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. Livre Docência. Faculdade de Saúde Pública/ Universidade de São Paulo, 1992.

ANEXOS

Roteiro de observação participante das reuniões e supervisões

1. Quais questões mobilizam mais os profissionais?
2. Quais estratégias são construídas para as questões que surgem?
3. Que discursos sobre saberes aparecem no grupo e quais se interagem?
4. Quais questões se repetem nas supervisões e reuniões de equipe?
5. Percebem-se posicionamentos críticos em relação a práticas cristalizadas dentro dos serviços, caso elas estejam presentes?

Roteiro grupo focal

1. Contem um pouco sobre a trajetória deste serviço. Vocês sabem como se deu seu nascimento? Como ele se formou?
2. Eu já participei das reuniões e pude observar como o serviço se organiza um pouquinho, mas gostaria que falassem de como vocês organizam o dia a dia do serviço, como foram pensadas as atividades, quem (trabalhadores) participa do quê? Sobre a escolha dos profissionais de referencia, como são escolhidos?
3. Na conjuntura atual do CAPS, o que vocês classificariam como algo exitoso que estejam realizando, que esteja dando certo no serviço?
4. Quais os principais problemas hoje enfrentados pelo serviço, por vocês?
5. Sabemos que os CAPS surgem dentro do contexto de luta da RP, diante disso o que vocês acham que este serviço preconiza dos princípios da RP? Quais aspectos dela vocês relacionariam com o trabalho desenvolvido neste CAPS?

Entrevista

1. Contem um pouco sobre sua trajetória neste serviço. Você sabe como ele se formou?
2. Como vocês organizam o dia a dia do serviço? Em relação às atividades que existem no serviço, como elas foram pensadas, foi algo discutido em equipe? Sobre a escolha dos profissionais de referencia, como eles são escolhidos?
3. Na conjuntura atual do CAPS, o que vocês classificariam como algo exitoso que estejam realizando, que esteja dando certo no serviço?
4. Quais os principais problemas hoje enfrentados por vocês dentro deste serviço?
5. Daquilo que vocês sabem sobre a Reforma Psiquiátrica, quais aspectos vocês relacionariam com o trabalho desenvolvido neste CAPS?

Termo de consentimento livre-esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *Estudo dos modos de apreensão das propostas da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, desenvolvida por Januaria Pralon Moreira, aluna de mestrado em psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ), orientada pela Dra. Lilian Miranda, professora do curso de Psicologia desta universidade.

O **objetivo geral** da pesquisa é compreender os modos de apreensão das propostas da Reforma Psiquiátrica pelos profissionais de um CAPS.

Os **objetivos específicos** são:

- Estudar os sentidos construídos pelos profissionais acerca das propostas da reforma psiquiátrica;
- Conhecer as práticas de cuidado desenvolvidas por esses profissionais e sua ligação com as propostas da RPB;
- Conhecer o modo como os profissionais se organizam para a realização das práticas de cuidado.

A pesquisa será realizada através de grupos focais e entrevistas com profissionais de um CAPS e observação participante em reuniões e supervisões da equipe. A participação que lhe é solicitada consiste em sua presença em cerca de duas seções de grupos focais, em horário e dia a combinar com o grupo participante. Se você e os demais participantes do grupo autorizarem, as discussões serão gravadas e posteriormente transcritas. O material de áudio, bem como as transcrições ficarão armazenados num lugar seguro, sob cuidados da pesquisadora por 5 (cinco) anos. Os resultados dessa pesquisa serão divulgados na dissertação de mestrado da pesquisadora, bem como em artigos científicos e outros materiais públicos, mas os participantes jamais serão identificados, porque seus nomes serão omitidos ou trocados por pseudônimos.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir da pesquisa, sem que haja qualquer prejuízo na sua relação com o CAPS. Poderá também solicitar informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa. Para isso, você poderá utilizar os contatos da pesquisadora, explicitados ao final deste Termo, ou pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UFRRJ, telefone: (21) 2682-1201.

Essa pesquisa envolve poucos riscos para você, mas é possível que você sinta algum tipo de incômodo demasiado intenso durante as discussões do grupo ou entrevista. Se isso ocorrer, serão tomados todos os cuidados necessários: a pesquisadora estará disponível para conversar sobre tudo o que você julgar necessário e a sessão de grupo poderá ser interrompida e retomada num momento em que você estiver se sentindo melhor.

Sua participação gerará benefícios para a pesquisa, auxiliando-nos na compreensão dos modos como as propostas da Reforma Psiquiátrica vem sendo apreendidas e, podendo, assim, auxiliar na qualificação das mudanças no campo da saúde mental

Este termo é redigido em duas vias, *sendo uma para o pesquisador, outra para o participante*

Januaria Pralon Moreira
Mestranda do Curso de Psicologia da UFRRJ
Telefone de contato: (21) 999151201 / (24) 99994-5318
E-mail: janjanpralon@yahoo.com.br

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, abaixo assinado, aceito participar do estudo descrito acima, como sujeito. Fui devidamente informado e **esclarecido** pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu **consentimento** a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ao meu trabalho.

Local e data _____, _____ de _____ de 2014.

Nome (se desejar) _____

Assinatura: _____