Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"A Ação Territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Enquanto Indicativo de sua Natureza Substitutiva"

por

Renata Martins Quintas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante

Rio de Janeiro, junho de 2007.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"A Ação Territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Enquanto Indicativo de sua Natureza Substitutiva"

apresentada por

Renata Martins Quintas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Heliana de Barros Conde Rodrigues

Prof.ª Dr.ª Tatiana Wargas de Faria Baptista

Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 11 de junho de 2007.

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Q7a Quintas, Renata Martins

A ação territorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) enquanto indicativo de sua natureza substitutiva. / Renata Martins Quintas. Rio de Janeiro: s.n., 2007.

113 p., il.

Orientador: Amarante, Paulo Duarte de Carvalho

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

1.Saúde mental. 2.Sistema Único de Saúde. 3.Reforma dos Serviços de Saúde-Brasil. 4.Desinstitucionalização-tendências. 5.Serviços de Saúde Mental-tendências. I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.2

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Paulo Amarante, personagem histórico da Luta Antimanicomial, pessoa amiga, generosa e guerreira, *pero sin perder la ternura*; mais do que orientador, inspirador que me fez entender o coração da batalha, e querer continuar participando dela!

À Banca Examinadora, em especial as professoras Heliana Conde e Tatiana Wargas, pela leitura crítica e cuidadosa deste trabalho.

Aos amigos Agenor, Geraldo, Maruzza, Emílio, Eduardo e Camila, pela contribuição de vocês nesse processo de viver e dissertar, por sua interlocução e afeto nos momentos de maior agonia.

Aos amigos de mestrado Mônica, Flávia Lúcia, Bethânia, Heitor, Vanessa, Anderson, Ândria e Flávia Helena, pelos momentos calorosos e alegres compartilhados, e pelas instigantes discussões.

Ao Willer, pela graciosa disponibilidade com que me ajudou a raciocinar metodologicamente.

Às amigas Sú, pelo *abstract*, e Carlinha, pela revisão.

Aos usuários e técnicos do CAPS pesquisado, por me inserirem em seu cotidiano, permitindo a realização desta pesquisa.

Aos funcionários da SECA, em especial ao Eduardo, pelo profissionalismo e pela prontidão sempre que se fizeram necessários.

Aos meus pais, pelo seu amor e desprendimento, e pela força, sempre.

Agradeço ao CNPq, por ter concedido a bolsa que possibilitou minha estada no Rio de Janeiro durante todo o tempo do mestrado.

As coisas não querem mais ser vistas por pessoas razoáveis:
Elas desejam ser olhadas de azul –
Que nem uma criança que você olha de ave.

(Manoel de Barros, 1994)

RESUMO

A presente dissertação tem por objetivo investigar as possibilidades de atuação de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em relação ao território. O referencial teórico fornecido pela Psiquiatria Democrática Italiana e pela experiência santista de formulação de um programa de saúde mental introduz serviços que atuam como substitutivos ao modelo manicomial, por promoverem rupturas em relação ao modo de funcionamento centrado no hospital psiquiátrico. O território torna-se ator estratégico para a transformação da relação entre psiquiatria, loucura e sociedade. Enquanto conjunto de referências sociais, de códigos de funcionamento intrapessoais que conformam um imaginário e uma realidade social que inclui ou exclui o diferente, o território é palco de exercício para a transformação cultural em relação ao fenômeno da loucura.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o CAPS, criado na intenção de substituir as internações em hospitais psiquiátricos, é alçado à categoria de modalidade de serviço a partir das portarias ministeriais, e se difunde nacionalmente enquanto lugar de referência e tratamento para pessoas que sofrem com transtornos mentais. A produção de serviços substitutivos no âmbito do SUS desafia os serviços a romperem com a trajetória de uma reforma reduzida a dimensão técnico-assistencial, para se reaproximarem das transformações éticas, conceituais, jurídicas e sociais que compõem o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Para tanto, torna-se necessário que extrapolem as vias do olhar clínico tradicional, e incorporem em suas práticas diversas formas de saber de pacientes, familiares e do território.

Tomou-se como campo de investigação um CAPS situado no município do Rio de Janeiro, para verificar como se organiza o seu fazer cotidiano, investigando as possibilidades de suas ações, tanto no seu interior quanto em relação ao território, potencializarem transformações nos modos de se conceber e lidar com a loucura. Utilizou-se de observação participante e entrevistas semi-estruturadas com alguns profissionais do serviço. A investigação ressalta a importância de fazer chegar ao cotidiano deste dispositivo um entendimento das transformações que pode operar.

Palavras-chave: Serviços Substitutivos, Território, Reforma Psiquiátrica, Clínica.

ABSTRACT

The present dissertation aims to investigate the possibilities of action of a Psychosocial Care Center (CAPS) in relation to its territory. The theoretical reference provided by the Italian Democratic Psychiatry and by the experience from Santos of a mental health program introduces services which act as a replacement for the madhouse model as they promote a rupture concerning the psychiatric hospital work. The territory becomes a strategic actor to the transformation of the relationship among psychiatry, insanity and society. As a group of social references, of intrapersonal functioning codes which confront a social imaginary and reality that include or exclude the different, the territory is a stage of exercise to the cultural transformation in relation to the phenomenon of madness.

In the context of *SUS (Sistema Único de Saúde),* the CAPS, created in order to replace the continuous treatments in psychiatric hospitals, is included in the category of health services by the ministerial decrees, and is spread nationally as a place of reference and treatment for people who suffer from psychiatric disorders. The production of substitutive services related to SUS challenges the services to break with a trajectory of a reform reduced to a technical-assistance dimension, in order to approach again to the ethical, conceptual, judicial and social transformations which are part of the Brazilian Psychiatric Reform movement. Therefore, it is necessary to go beyond the traditional clinic view, and include in the praxis different ways of knowing the patients, families and territory.

A CAPS in the state of Rio de Janeiro was taken as a field of investigation in order to verify how its everyday praxis is organized, investigating the possibilities of its actions, either inside the institution or in relation to the territory, strengthen transformations in the ways of conceiving and dealing with insanity. A participant observation was used as well as semi-structured interviews with some professionals who work in the CAPS. The investigation emphasizes the importance of making the everyday work reach an understanding of the transformations it can operate.

KEY-WORDS: Substitutive Services; Territory; Psychiatric Reform; Clinic.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

CAPÍTULO I: DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO: A CONSTITUIÇÃO DA DOENÇA MENTAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA 17

1.1 A Medicalização do Hospital e da Loucura 18
1.2 Abalar o Edifício Conceitual da Psiquiatria: A Experiência de Gorizia 22
1.3 A Desmontagem do Edifício Conceitual da Psiquiatria: A Experiência de Trieste 32

1.3.1 Os Centros de Saúde Mental e o Novo Circuito Psiquiátrico: inventando instituições 39
1.3.2 O Território como Estratégia de Contrato, Cuidado e Acolhimento 42

CAPÍTULO II: A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL 49

2.1 A Criação do CAPS de São Paulo 52
2.2 O Processo Santista de Reforma Psiquiátrica e a Emergência dos NAPS 54

CAPÍTULO III: A REALIDADE DE UM CAPS NO BRASIL 63

3.1 A Construção do Objeto da Pesquisa 63

3.1.1 O Trabalho de Campo 65
3.1.2 O Diário de Campo 67
3.1.3 A Utilização de Entrevistas 68

3.2 A Entrada no CAPS e Seus Vários Espaços 69
3.3 A Relação com o Território 83

CONSIDERAÇÕES FINAIS 96

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 103

ANEXOS 112

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CONASP – Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária

CSM – Centro de Saúde Mental

CT – Comunidade Terapêutica

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

PSF – Programa de Saúde da Família

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Neste trabalho de pesquisa discute-se a atuação do CAPS em relação ao território. Trata-se, basicamente, de verificar a dimensão que é atribuída ao território no trabalho cotidiano do CAPS, como indicativo de sua natureza inovadora e substitutiva. O território é, a um só tempo, ponto de chegada, onde deságuam os processos de desmontagem da lógica manicomial, e espaço de atuação para a transformação dos modos como a loucura é compreendida pela sociedade. O território é o lugar da alteridade, da diversidade da vida, onde coexistem forças vivas que portam saberes e desafiam práticas instituídas. Trabalhar nele, com ele, implica tanto em assumir uma tomada de responsabilidade, capaz de enxergar os dispositivos de produção de sofrimento, e lidar com eles, quanto em fabricar e potencializar existências cotidianas. Para tanto, tomou-se como campo de pesquisa um CAPS localizado no município do Rio de Janeiro.

O mecanismo disparador desta pesquisa deu-se a partir de minha atuação em um Programa de Saúde Mental no município de Serra, Espírito Santo. Neste ínterim, pude vivenciar diversas questões relacionadas às interfaces da atenção básica com seu contexto, que compreende desde seu pertencimento a uma política pública de saúde, até as características e demandas da própria instituição, e desta em relação ao território com o qual precisa se relacionar. Tendo atuado tanto no nível da coordenação do referido programa, quanto como parte de uma equipe de saúde mental numa Policlínica, pude perceber a importância de articular com as comunidades, inserindo a problemática da saúde mental nos espaços de produção de valores e cultura locais. Considerando que o território é um elemento-chave na transformação das relações com o sofrimento psíquico, procurou-se conhecer a concepção da comunidade local para com as pessoas "acometidas" de sofrimento mental, uma vez que se fazia necessário trabalhar a partir das relações sociais com a loucura, na construção de um serviço de saúde que ofertasse não apenas procedimentos psiquiátricos e psicológicos, mas que buscasse criar estratégias de trabalho mais afinadas com a cultura local, constituindo um novo modo de atenção à saúde e de relação com o usuário. Enquanto as práticas de alguns profissionais desenvolvidas no interior da policlínica se atinham a um modelo que funcionava pela ótica da psiquiatrização, a atuação junto à população procurava trabalhar a partir de concepções da loucura vigentes na sua cultura, de forma a possibilitar formas de resistência à lógica psiquiátrica. Desta forma procedeu-se ao

trabalho junto às manifestações culturais locais, na figura de lideranças naturais, o que exigia movimentar fora dos limites físicos do serviço, e esbarrava na lógica de produção de procedimentos que rege a organização da atenção básica e do SUS de maneira geral. Por outro lado, encontrava resistência de alguns profissionais dentro da própria equipe. Apesar das tentativas de introdução de orientações formuladas para avançar na produção de saúde junto ao nível mais original do SUS, as discussões em torno da reforma psiquiátrica, enquanto desconstrução de saberes e invenção de possibilidades e agenciamento de mecanismos de desmontagem da cultura da loucura como erro e incapacidade, não chegavam a alterar a dinâmica da organização das ações aí desenvolvidas. O distanciamento da Policlínica da realidade local contribuía para a manutenção de um imaginário social conservador sobre o lugar da loucura na sociedade, bem como do tratamento hospitalocêntrico e centrado na medicalização como única forma de lidar com o sofrimento psíquico.

Tendo em vista a necessidade de ampliar as discussões a respeito das transformações no campo da saúde mental, busquei no curso de Especialização em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pensar a atenção básica e a saúde mental em suas aproximações e afastamentos em relação ao movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. A partir de conceitos surgidos neste movimento de autocrítica do campo psiquiátrico, articulado às mudanças da área da saúde pública, procurei sinalizar com algumas questões pertinentes ao tema da atenção básica, ao realçar alguns dispositivos produzidos nos modos de operar a produção de saúde por parte desses dois campos, no que foram ressaltadas suas possibilidades de diálogo e potencialidades para discutir a saúde no âmbito do SUS.

A relação do serviço de saúde mental com seu entorno constitui um problema real com o qual todos os tipos de serviços precisam se haver, para produzir uma nova realidade na vida das pessoas envolvidas com a questão do sofrimento psíquico. Nesse sentido, ao chegar ao Rio de Janeiro foram feitos diversos contatos, no intuito de conhecer os serviços de saúde mental em sua atuação junto às realidades locais. Ao constatar que nesse contexto também faltava articulação com as necessidades da população de um serviço como o CAPS, optou-se por investigar sua relação com o território, para ver que fatores estavam envolvidos nessa relação.

A Reforma Psiquiátrica em curso no Brasil constitui-se de um conjunto de processos com características locais, envolvendo lutas sociais pela transformação do modo de conceber a loucura e cuidar do dito louco, onde se almeja mais do que reformular serviços de assistência à saúde mental. Nesse movimento, vem-se tratando

de transformar o modo como a psiquiatria, em nome da razão, se permite categorizar, trancar e tratar a loucura, e ao fazê-lo articula-se a invenção de diversas possibilidades de inserção social para as pessoas que sofrem com transtornos mentais. Compreende um processo permanente de se haver com jogos de forças que engendram saberes e poderes, e configuram a sociedade em que vivemos.

Toma-se a posição de promover a ruptura com os dispositivos de controle, disciplinarização e exclusão social. A desconstrução do manicômio, a construção da cidadania dos loucos e o direito à diferença passaram a ser as idéias centrais de transformações ocorridas nos campos da política, da cultura, do direito e da assistência.

Os denominados serviços substitutivos representam uma resultante desse projeto de invenção de formas de legitimar o direito à vida e à loucura, fortemente influenciado pelo referencial teórico e prático de desinstitucionalização promovido pela Psiquiatria Democrática Italiana. Esses serviços tornam-se substitutivos ao promoverem a desconstrução das bases técnicas e conceituais da atuação centrada na doença, ao construírem outras concepções acerca da saúde, da doença e do terapêutico, produzindo realidades sociais que movimentam o que De Leonardis (*apud* Nicácio, 1994: VII) define como *"uma profunda transformação cultural, institucional e cientifica"* que torna possível a ausência do manicômio.

Por isso, seu fazer cotidiano é centrado no lugar e no tempo das pessoas que o freqüentam, e se articula com o território na invenção de possibilidades de vida e em respeito à complexidade da existência-sofrimento, que diz respeito à convivência nas redes de relações que compõem a sociedade.

Para Rotelli et al (2001: 47) "*a relação de desinstitucionalização requer a relação com um território*". A ação territorial dos serviços substitutivos, seja ao tomarem a responsabilidade pelo sofrimento psíquico das pessoas na sua convivência em sociedade, seja ao articular diversas pessoas, instituições, movimentos sociais e culturais que habitam o território, possibilita a mudança de cultura em relação à loucura, e potencializa recursos das comunidades e dos sujeitos. Desta forma, o trabalho no território constitui uma *"estratégia"* (GIOVANELLA & AMARANTE, 1998) na quebra do exercício da psiquiatria, ao permitir chegar aos contextos de vida das pessoas e às relações sociais outras formas de vida e convivência com o sofrimento psíquico.

O desenho da assistência à saúde mental no Brasil tem sido acrescido de novos equipamentos, na formulação de uma rede de atenção que se propõe a reverter o modelo centrado no hospital psiquiátrico. Essa reformulação tem no CAPS o organizador da

assistência no território, conforme a Portaria 336/02, a qual busca ordenar sua formação segundo uma ordem crescente de complexidade.

Os CAPS são adotados pela Política Nacional de Saúde Mental como dispositivos considerados fundamentais na reversão do modelo hospitalocêntrico de assistência ao sofrimento psíquico. São também os mais antigos entre os formulados pela trajetória da Reforma Psiquiátrica em curso.

Após 20 anos da criação do primeiro CAPS em São Paulo, hoje estão em funcionamento cerca de 800 CAPS no país. No entanto, permanece o hospital psiquiátrico como lugar a que se recorre durante as crises de pacientes do CAPS, ou enquanto destino de pessoas excluídas da sociedade. O grande aporte de recursos financeiros ao equipamento manicomial reforça a constatação de que há um deslize da Política Nacional de Saúde Mental adotada pelo Ministério da Saúde, que a coloca em desacordo com o eixo de luta pela transformação do lugar do louco na sociedade, conforme a trajetória de lutas sociais que questionaram o saber psiquiátrico, conhecida como Reforma Psiquiátrica.

A despeito de todo ato regulatório das portarias 189/91, 224/92, e 336/02, a implantação de CAPS não tem sido acompanhada da efetiva substituição dos hospitais psiquiátricos, no que se constata que os CAPS estão convivendo com o manicômio, na medida em que *"a oferta em paralelo de serviços psiquiátricos arcaicos e de serviços ditos substitutivos tendeu a descaracterizar estes últimos como substitutivos"* (SILVA, 2003: 75), o que demonstra sua incapacidade substitutiva.

Embora o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004: 11) aponte a importância do CAPS se articular com o território enquanto *"constituído fundamentalmente pelas pessoas que nele habitam, com seus conflitos, seus interesses, seus amigos, seus vizinhos, sua família, suas instituições, seus cenários (Igrejas, cultos, escolas, trabalho, boteco, etc)"* para organizar a rede de atenção a saúde mental, na prática esse exercício não tem sido constatado.

O CAPS surge como promessa de composição de uma assistência mais articulada ao território, virtualmente capaz de conhecê-lo em suas peculiaridades, de se haver com as necessidades de seus usuários, as demandas que se produzem, enfim, de compor com as forças do território em favor da autonomia a fim de que se possa construir respostas ao sofrimento psíquico.

Sua capacidade de substituir o manicômio deve, por isso, estar articulada a um processo de invenção de respostas sociais, que diz respeito, em última instância, ao modo como a sociedade lida com a diferença e como representa a loucura na era da

supremacia da razão. Trata-se, portanto, da quantidade de forças que o CAPS pode mobilizar, e que o torna capaz de operar uma revolução na questão de como é o lidar com a loucura na atualidade. Portanto cabe aqui a pergunta: do que se trata ao se constituir um CAPS? E, uma vez que é no território onde essas forças configuram o imaginário e concretizam relações, por extensão, torna-se estratégico indagar a cerca do que pode um CAPS em relação ao território.

Enquanto espaço de circulação de riquezas, o cenário do território traz embates e heterogeneidades, e passa a desafiar o próprio serviço com seus micro-processos que oferecem resistência à organização das práticas de atenção à saúde. Diante dessa problemática, como tem se dado a relação desse serviço com o território?

Ao assumir a responsabilidade pelas áreas com que lida, constitui-se uma rede que articula as várias potencialidades a partir do reconhecimento das diferenças que se fazem presentes na dinâmica do território. Esse lidar com novos espaços, olhares, saberes e formas de sentir e significar o sofrimento tem sido a grande possibilidade de encontrar o diferente e possibilitar a emergência do novo, da invenção de saúde, e que pode reaproximar o processo de construção coletiva de saúde.

Este estudo pretende investigar como as questões advindas da atuação dos serviços em conjunto com o território trazem desafios à constituição de serviços substitutivos ao manicômio. Não se propõe aqui uma avaliação do CAPS, mas contribuir com a compreensão da noção de serviço substitutivo a partir do conjunto de ações que sua atuação territorial possibilita.

O primeiro capítulo trata da trajetória da conversão da loucura em doença mental, em conjunto com o surgimento da psiquiatria e da medicina moderna, ocorrido a partir do final do século XVIII, e o movimento de desconstrução do paradigma psiquiátrico ocorrido na Itália, com a conseqüente reinvenção das relações assistenciais, políticas, sociais, e culturais entre loucura e sociedade. Nesse movimento, a constituição de serviços substitutivos ao manicômio promove a ruptura com o modelo asilar, ao articular com o território respostas diversas, conforme as necessidades das pessoas envolvidas com a problemática do sofrimento psíquico.

No segundo capítulo é abordada a reforma psiquiátrica brasileira, tendo como foco principal a constituição de novos serviços de saúde mental. São discutidas as experiências do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, e o surgimento dos NAPS de Santos, em suas características próprias, que influenciaram a reordenação da política de saúde mental no contexto do SUS.

O terceiro capítulo é dedicado à articulação do referencial teórico com a pesquisa em campo efetuada. A análise dos resultados, a partir de categorias de análise formuladas na experiência do serviço substitutivo dos NAPS, permite evidenciar importantes questões que se fazem presentes na construção cotidiana do CAPS e definem sua tomada de posição em relação ao território.

CAPÍTULO I:
DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO: A CONSTITUIÇÃO DA DOENÇA MENTAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA

CAPÍTULO1

DO MANICÔMIO AO TERRITÓRIO: A CONSTITUIÇÃO DA DOENÇA MENTAL E A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO ITALIANA

Aqui no hospital ninguém pensa
Não tem nenhum que pense
Eles vivem sem pensar
Comem bebem fumam
No dia seguinte querem saber
de recontinuar o dia que passou
Mas não tem ninguém que pense
E trabalhe pela inteligência

Stela do Patrocínio

Para que se possa compreender a amplitude da proposta de substituir o manicômio e seu significado em meio à sociedade, faz-se necessária uma discussão do conjunto de transformações que esta proposta encerra. A crítica à constituição da psiquiatria fornecida pela história da invenção da tecnologia do manicômio permitirá enxergar a função que este saber adquire na sociedade capitalista, forjada junto com as categorias científicas de normalidade (verdade médica) e doença mental. Esse entendimento conduz à compreensão do paradoxo constitutivo da psiquiatria e gera um ponto de avaliação desse saber, que por sua vez promoverá uma transformação no entendimento do que se pretende por Reforma Psiquiátrica. De acordo com a observação de Birman (1992: 75),

> *"enunciar qualquer proposição sobre a reforma psiquiátrica é pensar nas condições concretas de possibilidade de funcionamento desse modelo teórico-político e nos seus limites, considerando-se a história de suas transformações e seus impasses."*

1.1. A medicalização do hospital e da loucura

O trabalho de Michel Foucault analisa historicamente a emergência dos saberes ditos científicos, enquanto discursos que se articulam a práticas sociais, possibilitando a construção de relações de saber-poder que constituem uma sociedade.

A postura foucaultiana em relação aos saberes traz à tona os momentos de emergência dos conceitos e suas mutações, relacionadas ao jogo de forças presentes no campo em questão. Essa forma de conceber o conhecimento termina por realçar aspectos que na história oficial normalmente não apareceriam como relacionados ao tema abordado. Assim, a emergência da doença mental foi colocada de acordo com a época em que ganha importância. O conhecimento de Foucault permite compreender os saberes tanto do seu interior quanto em relação aos aspectos que o relacionam ao seu contexto.

Para Foucault, os conceitos são mutáveis, pois são forjados em suas épocas de origem, e sofrem transformações ao longo dos tempos. Por isto o autor é fundamental para que se possa operar com o discurso científico como mais um importante capítulo na história dos saberes, situando-o como um conjunto de forças próprias ao contexto histórico a que pertencem.

A análise foucaultiana irá descobrir o entrelaçamento do saber com fatores externos a ele. A história da passagem da loucura à categoria de doença mental acontece em meio à organização de uma sociedade disciplinar.

Inicialmente situaremos a questão em torno da constituição do manicômio enquanto instrumento de segregação e violência, que reservará à loucura o lugar da desrazão, do erro, sendo excluída da sociedade para ser consertada, i.e., para que os loucos tornem-se pessoas normais.

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção do final do séc. XVIII. De acordo com Foucault (1992), o hospital se torna uma instituição de caráter médico ao mesmo tempo em que a medicina se constitui pela prática e formação no hospital. Segundo a análise foucaultiana, o nascimento do hospital se dá por duas técnicas de poder, sendo uma disciplinar, e a outra intervenção médica sobre o meio.

Até então o hospital era de domínio religioso, e funcionava para dar assistência material e espiritual aos pobres doentes, no que se constituía enquanto um morredouro, evitando o contato com a sociedade. Nele se hospedavam também prostitutas, delinqüentes e loucos. Era um lugar insalubre, nada ordenado. Por essa desordem possibilitar o contágio e a difusão de doenças, e ser espaço de desordem econômica e

social, cumpre purificá-lo desses efeitos. A sociedade mercantilista em vigor eleva o preço dos homens, por sua capacidade de produção, o que resulta em um interesse da sociedade na formação do indivíduo, em suas capacidades e aptidões.

Dessa forma, cumpre ordenar os espaços, assim como é necessário gerir os homens, controlar seus impulsos para melhor utilizar suas potencialidades. A essa técnica de gestão e exercício de poder que controla a vida moderna Foucault (1992: 105) chama de disciplina. Esta consiste em:

1º) uma arte de distribuição dos indivíduos no espaço, individualizando, classificando e combinando-os;
2º) o exercício do controle sobre o desenvolvimento de uma ação;
3º) uma técnica de poder que implica em uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos;
4º) um registro contínuo dos indivíduos.

Por outro lado, ainda conforme a pesquisa de Foucault (1992), a disciplina no hospital torna-se de domínio médico, a partir de uma transformação em seu saber e em suas práticas médicas. A incorporação pela medicina da botânica de Lineu propicia o entendimento da doença mental como um fenômeno natural, que possui espécies e características passíveis de serem observadas, um curso e um desenvolvimento, como uma planta. O indivíduo é sadio ou doente dependendo das ações do meio sobre ele. O médico será aquele capaz de administrar as condições ideais de cura pelo controle do ambiente e do comportamento do indivíduo.

Todo um conjunto de modificações no espaço hospitalar resulta no hospital moderno. Primeiro, desde sua localização no espaço planejado da cidade, até sua arquitetura são considerados elementos diferenciais no processo de cura. Um segundo fator nasce da transformação do seu sistema de poder. Em vista do conhecimento do curso natural das doenças, o médico passa a ser o responsável por sua organização, colocando-se no topo de uma hierarquia institucional. Por último, o hospital torna-se também um lugar de acúmulo e transmissão de saber, de formação do médico, graças ao registro contínuo e exaustivo do que se passa em seu interior. É portanto no hospital que se funda uma clínica que faz da medicina um saber forjado sobre a prática da observação, comparação e controle dos indivíduos, e que transforma a medicina em um saber de grande utilidade pública. Para Foucault (1992: 111), a clínica que se dá na relação entre o objeto (doente) e o observador (médico), resulta na produção do

indivíduo, "*como objeto do saber e da prática médicos*", segundo a tecnologia disciplinar concebida no interior das instituições.

Simultaneamente a essa transformação do hospital e da clínica, segundo Machado (1992), o hospital psiquiátrico produzirá "*o louco como doente mental, personagem individualizado a partir de relações disciplinares de poder*". Dessa vez, pelas mãos do alienista, encarregado de disciplinar suas paixões através da imposição ao doente de sua forte vontade e razão. Pinel criará o Tratamento Moral como tentativa de inscrição do louco na norma social. Para tanto, o hospital psiquiátrico será o espaço onde o perturbado será submetido ao que Birman (1992: 82) chama de *pedagogia da sociabilidade:*

> *"a dimensão fundamental do tratamento moral e da ordem burocrática que regulava o funcionamento asilar, já que mediante as diversas formas de sua materialização em práticas asilares o que se pretendia era a instituição da loucura no universo do contrato social e da cidadania."*

A medicina mental também promoverá uma institucionalização, muito mais rigorosa e violenta, centrada na idéia de que o próprio controle e vigilância são não apenas fundamentais para manter a instituição em bom funcionamento, como terapêuticos em si mesmos. Castel (1978) designará o conjunto de estratégias arranjadas por Pinel que fundam a prática asilar, a partir do que chama de *tecnologia pineliana*, conhecidas como *isolamento, organização do espaço asilar* e *relação de autoridade.*

1- o isolamento do mundo exterior proporciona uma situação de controle, significava interromper a influência dos fatores externos (família, hábitos, ambiente, preconceitos), que perturbavam o louco, para permitir a eclosão da doença em seu estado natural, observando e descrevendo suas manifestações, como um botânico faz com uma planta na estufa ou no laboratório. O isolamento dá ao estudo da loucura um método científico (isolar para conhecer), ao mesmo tempo em que lhe concede uma terapêutica (isolar para tratar), o tratamento moral.

O isolamento fará da internação um paradigma: isolar para tratar, que a partir de então dominará a medicina mental, fazendo da hospitalização "*a única e necessária resposta ao questionamento da loucura*" (CASTEL, 1978: 86).

2- a organização do espaço asilar consiste na *"articulação rigorosa dos lugares, das ocupações, dos empregos do tempo, das hierarquias que tecem a vida cotidiana do doente com uma rede de regras imutáveis"* (CASTEL, 1978: 87). Possibilitará a composição de uma nosografia psiquiátrica, a partir da separação e do reagrupamento dos internos segundo a semelhança de suas manifestações, o que dará ao hospital a *função de remédio* (PINEL *apud* AMARANTE 2003: 16) por acreditar que essa disciplina é um veículo de cura. É também a constituição do espaço asilar que proporcionará um conhecimento da mais completa experiência da loucura.

3- Partindo do pressuposto de que a loucura era um desequilíbrio causado pelo excesso das paixões, o alienista deveria corrigir esse estado de forças para trazer a pessoa de volta de seus devaneios, para o controle de sua vontade e de seus desejos. Isso seria conseguido pela imposição firme da vontade do médico sobre a vontade do alienado. O médico deve encarnar a figura da lei no asilo, e o alienado deve interiorizar a vontade racional fornecida pela figura do médico e do funcionamento da ordem asilar. Nas palavras de Pinel (*apud* CASTEL, 1978: 88), *"um único centro de autoridade deve sempre estar presente em sua imaginação para que aprendam a se reprimir, eles próprios, e a domar seu arrebatamento impetuoso"*.

Há nessa tecnologia hospitalar, um saber que nasce junto desse exercício de poder, e que ao mesmo tempo em que produz o indivíduo se autoriza a falar sobre ele. Para Foucault (1988: 82), Pinel constitui em torno do louco a figura do erro, e coloca o médico como *"o agente das sínteses morais"*. É no interior do hospital psiquiátrico, portanto, que se torna possível a criação de uma forma específica de discurso sobre a loucura, que lhe conferiu ao mesmo tempo um lugar restrito – o de doença. Para Amarante (1998: 21), no entanto

> *"Se é verdade que este novo modelo epistêmico produziu um saber original sobre as doenças, é verdade ainda que este saber que se constituía era sobre uma doença institucionalizada, isto é, sobre uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, como pretendia a história natural, era uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica."*

A psiquiatria, portanto, nasce de uma reforma do pensamento e da invenção da tecnologia do manicômio, a partir da instalação de relações disciplinares. Para que se possa entender o alcance desse aparato institucional sobre a organização da vida do louco e sobre a própria sociedade, devemos entendê-lo enquanto significando

> "*uma captura da loucura por uma rede de significações científicas: através de uma captura física, pela relação de tutela do manicômio, e de relações de dependência e de contenção, restrição à liberdade e controle do funcionamento, normas e horários internos à instituição; e através de uma captura moral e social, na perda de direitos civis e políticos, na des-historização do sujeito, de seu corpo, seus gestos e seu desejo causada pela institucionalização"* (TORRE & AMARANTE, 2001a: 21).

O manicômio constitui-se em relação à sociedade como espaço físico ideal de tratamento da doença mental, ainda hoje destinado à loucura, delimitando um espaço no território para sua manifestação, e pretensamente protegendo a sociedade de sua suposta periculosidade.

1.2. Abalar o Edifício Conceitual da Psiquiatria: A Experiência de Gorizia

Muitos questionamentos foram feitos sobre a maneira como se "tratavam" os loucos por meio da tecnologia do hospital psiquiátrico. Conforme Desviat (1999) já durante o processo constitutivo da psiquiatria surgiram críticas à eficácia do asilo. No entanto, somente a partir da II Guerra Mundial intensificam-se os movimentos civis em defesa dos direitos humanos, que buscarão lutar pela transformação e abolição do hospital psiquiátrico, em meio a um clima de maior tolerância e sensibilidade às diferenças e às minorias. O terror vivido na II Guerra trouxe uma espécie de revolta para com qualquer forma de autoritarismo – e o hospício não pode deixar de ser comparado a um campo de concentração nazista. Além disso, esse período, de intenso crescimento econômico, gera necessidade de mão de obra, difícil de ser encontrada devido à fragilidade dos que se encontram sob a miséria gerada pela guerra. Isso faz com que o exército de reserva que se encontra no hospício seja visto enquanto opção para ocupar os postos de trabalho.

Desviat (1999: 23) considera ainda outros fatores que criam um contexto propulsor dos movimentos de reforma da assistência psiquiátrica:

> *"Junto com essa vontade coletiva de criar uma sociedade mais livre e igualitária, mais solidária, a descoberta dos medicamentos psicotrópicos e a adoção da psicanálise e da saúde pública nas instituições da psiquiatria foram elementos propulsores dos diferentes movimentos de reforma psiquiátrica, desde a desinstitucionalização americana até a política de setor francesa"*.

Esses movimentos de reforma psiquiátrica, ainda que se originem na denúncia contra a miséria manicomial, possuem características próprias, variando conforme a localidade em que surgem, o contexto sociopolítico de cada país, o tratamento dado a seu sistema sanitário e de acordo com o papel outorgado ao manicômio.

Alguns apresentam uma crítica mais radical à Psiquiatria, como a Antipsiquiatria (Inglaterra). Quanto à Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (Estados Unidos) e a Psiquiatria de Setor (França), considera-se que foram experiências estatais cuja inovação se reduzia a disponibilizar à população uma diversidade de técnicos exercendo o papel de "trabalhadores psiquiátricos" (COSTA-ROSA ET AL, 2003). As idéias de reforma psiquiátrica sempre conceberam que se tratava de uma reorganização do modelo hospitalocêntrico, de melhorar sua capacidade e terapêutica.

Segundo Rotelli et al (2001), essas experiências tentaram operar uma transformação da psiquiatria sem, no entanto, questionar o conceito de saúde mental adotado pela psiquiatria clássica. Nesse sentido constituíram tentativas de exercer a psiquiatria fora do hospital, no que são referidas como "psiquiatrias reformadas", por não constituírem uma real ruptura do modelo psiquiátrico e da cultura manicomial, mas com a pretensão apenas de "*incorporar aspectos psíquicos e sociais aos aspectos biológicos do paradigma e do objeto da Psiquiatria*" (COSTA-ROSA ET AL, 2003: 18).

No estado da arte percorrido para construir este estudo percebe-se haver certa concordância de autores quanto à posição ímpar conferida ao movimento de transformação da psiquiatria construído na Itália, durante as últimas décadas do século passado. Tal movimento difere de outros movimentos de transformação da assistência pelo êxito em abolir a necessidade da internação. Deflagra um processo de questionamento do poder psiquiátrico, enquanto instrumento de segregação e violência,

em vez de lugar de cura de doença (DESVIAT, 1999; AMARANTE, 1996; NICÁCIO, 1994; BARROS, 1994).

A radicalidade da experiência italiana deve-se a sua capacidade de desmontar o edifício conceitual da psiquiatria, ao demonstrar, de forma teórica e prática, o quanto o saber psiquiátrico, erguido em torno do objeto doença mental, constituiu-se por meio da fabricação do doente mental pela "tecnologia" do manicômio.

O que está em jogo no processo de ultrapassagem da instituição manicomial é uma transformação não apenas do modo de pensar o lugar para tratar o louco, mas também abalar o domínio da racionalidade ao inserir questionamentos que incidem sobre o lugar de onde se pensa a loucura, enquanto ausência de razão. Trata-se de desfazer o nó do saber e do poder que forja a doença mental, produção da instituição hospital psiquiátrico, legitimada pelo discurso científico da psiquiatria. Não basta apenas abrir o manicômio, mas, ao fazê-lo, abrir simultaneamente a cabeça das pessoas. Por isso a prática de Basaglia e de seu grupo é uma "ação revolucionária", que abala profundamente a consciência e a instituição (VENTURINI, 2003).

Reabrir a possibilidade de a palavra do louco ter sentido na sociedade da razão é um processo de luta permanente, a que se convencionou chamar de *desinstitucionalização.* Restituir ao doente a palavra é uma operação que introduziu um furo na racionalidade que sustentava a lógica manicomial. Por traz desta ação, reside a atitude epistemológica de superar o poder de produção de verdade pela ciência moderna, fundada sobre a lógica de causa-efeito, e passar a inventar realidades. Tal pensar irá percorrer todo o movimento de desconstrução na Itália, chegando a influenciar decisivamente o movimento da reforma psiquiátrica no Brasil, como veremos mais adiante.

Esse processo foi iniciado em Gorizia, na década de 60. Basaglia assume o Hospital Psiquiátrico Provincial de Gorizia, situada na fronteira da Itália com a Iugoslávia em 1961, e se choca com as condições de vida dos internos, que para ele em muito se assemelhavam às condições de uma prisão. Passa então a visitar experiências de reforma psiquiátrica em busca de inovações para aplicar em Gorizia, e encontra na Comunidade Terapêutica de Maxwell Jones (Irlanda) e na Psicoterapia Institucional de Tosquelles (França) avanços na condução dessas instituições, o que faz com que as adote em Gorizia.

> *"Uma comunidade torna-se terapêutica porque tem em si princípios que levam a uma atividade comum, não se limitando somente ao*

> *chefe da instituição: o grupo cura-se a si próprio. O mais importante é que a doença que surgia no manicômio começava a perder suas características essenciais. Mesmo o doente mais louco, mais delirante, passava a ser parte ativa da comunidade (...) inventavam-se técnicas para desisntitucionalizar o manicômio (...) e, pela primeira vez, surge claramente o aspecto social da psiquiatria"* (BASAGLIA, 1979, *apud* CAMPOS 2000: 37).

Impressionado com as transformações ocorridas pela experiência conduzida por Jones, Basaglia introduziu um modo de gestão que fez de Gorizia nos seus primeiros anos uma Comunidade Terapêutica. A experiência em Gorizia durou cerca de 10 anos, contando com a participação de muitos profissionais, estudantes e leigos, num estilo de trabalho que procurava liberar profissionais e internos das hierarquias institucionais.

De acordo com Goulart (2004), este foi um processo construído à custa de muitos confrontos com aqueles que resistiam às reformas, tanto no interior da instituição quanto entre psiquiatras, e em relação à sociedade política italiana. Mas a forte convicção de que se deveria lutar para desfazer os efeitos gerados pelo saber psiquiátrico faz com que essas transformações se constituam em um movimento social, denominado Psiquiatria Democrática Italiana, que se colocou como "ator estratégico" (AMARANTE, 2005: 7) para a progressiva extinção do manicômio.

As medidas adotadas em Gorizia constituíam tentativas de desfazer os efeitos da instituição sobre o doente e de devolver-lhe a dignidade de cidadão. Com a técnica da Comunidade Terapêutica se fez uso da capacidade de abrir mão do saber do chefe e do técnico, ao abrir espaço para os participantes se exprimirem em assembléias, incentivando novas relações terapeuta-paciente, instituição-paciente, ao mesmo tempo em que se procedia à denúncia da tutela e do controle social, exercidos pela instituição.

O cotidiano de trabalho adotado era constituído por dispositivos vitalizantes: passeios, festas, atividades artísticas, espaços de encontro entre os internos, além de reuniões, assembléias, discussões que envolviam todos na construção da dinâmica terapêutica e institucional. Nessa época Basaglia acreditava que pudesse transformar o hospital psiquiátrico em lugar terapêutico, humanizando seu funcionamento.

Em 1962 se daria a abertura do primeiro pavilhão para a comunidade. No artigo "A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização", Basaglia (2005a: 30) sintetiza algumas inovações que modificaram o funcionamento no interior do espaço manicomial:

1) Introdução de fármacos mediante os quais foi possível eliminar as contenções e começar a distinguir os danos causados pela doença daqueles provocados pela institucionalização;
2) Tentativa de reeducação teórica e humana do pessoal;
3) Reatamento dos vínculos com o exterior;
4) Destruição das barreiras físicas (redes e grades);
5) Abertura das portas segundo o sistema *open door*, para circulação de todos os pacientes;
6) Conversão de um pavilhão em hospital-dia;
7) Tentativa de organizar a vida no hospital segundo os conceitos de uma Comunidade Terapêutica.

Permeando estas inovações encontra-se o tema da liberdade e da responsabilidade, conferida tanto a técnicos quanto a funcionários e pacientes. Gorizia foi significante ao perceber que a produção de encontros terapêuticos só se daria mediante o exercício da liberdade e da igualdade, a partir da consideração de que o primeiro passo na direção da cura era o retorno à liberdade, que o próprio psiquiatra havia retirado do paciente (BASAGLIA, 2005a).

No entanto, as vivências dos primeiros tempos da CT de Gorizia logo revelam os limites desse projeto de transformação, fundado sobre a tentativa de aprimorar a capacidade de cura do hospital psiquiátrico. O dia-a-dia da vivência na CT evidencia as contradições da realidade institucional e proporciona uma tomada de consciência do plano global sobre o qual se insere o sistema hierárquico-punitivo a que serve o hospital psiquiátrico.

Apesar das tentativas de humanizar as relações, a relação terapêutica no interior do espaço asilar não deixa de encerrar um exercício do poder institucional, exercido pelo psiquiatra, enquanto ao doente, figura social sem peso ou valor, portanto sem qualquer poder contratual, só resta iniciar sua carreira de doente mental. Isto significa que não é possível transformar as relações de poder no interior da CT, pois esta também é *"uma organização que deve manter-se viva e impor, de alguma forma, as suas regras"* (BASAGLIA ET AL, 1998: 14).

Este foi o ponto de mutação que atingiu em cheio a base da relação contratual entre instituição, médicos e internos, que configura a instituição psiquiátrica, e sem a qual não é possível a sua existência. Este reconhecimento da incompatibilidade entre

instituição psiquiátrica e liberdade desfez qualquer ilusão de reformar o manicômio para transformá-lo em local de cura. Nesse momento Basaglia percebe as contradições da Comunidade Terapêutica e a necessidade de ultrapassá-la.

A direção dos trabalhos em Gorizia inova em relação aos modelos que inspiraram sua criação. Nas assembléias, nas reuniões com os técnicos, nas oportunidades de contato com os familiares e a sociedade discute-se a origem de classe dos internados, a função de tutela e controle social operada pela psiquiatria, pelo manicômio e também pelos técnicos, e a pretensão de neutralidade e ao mesmo tempo a produção de verdade das ciências.

Parte-se assim para a negação da instituição psiquiátrica, enquanto recusa a compactuar com a ideologia veiculada por ela. Há, pois, uma série de negações:

> *"da psiquiatria enquanto ciência; do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente; do seu mandato social, exclusivamente de custódia; do papel regressivo do doente, colocado junto à cultura da doença; a negação e a denuncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição..."* (BASAGLIA ET AL, 1998: 16).

Se Gorizia não mostrou saída para a instituição psiquiátrica, foi exatamente porque o dia-a-dia da prática revelara aspectos concernentes às funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica, que embasarão a obra de Basaglia. Conforme resumem Amarante e colaboradores (2003: 67, vol 2) são esses:

1) *A relação de interdependência entre a psiquiatria e a justiça, a partir da evidência das várias funções de natureza jurídica e policial exercidas pela psiquiatria na manutenção da ordem pública.*

2) *A discussão sobre a origem de classe das pessoas internadas, na medida em que o hospício hospedava, em sua grande maioria, indivíduos dos estratos sociais mais carentes.*

3) *A não-neutralidade da ciência, questionando o saber e as práticas ditas terapêuticas da psiquiatria.*

4) O papel e a função social dos técnicos como agentes do poder e do controle institucional.

Por tudo isso, a reforma ao nível da CT não pode ser uma meta final, pois constitui uma resposta amena, porque meramente técnica, ao problema da doença mental, que mais uma vez encobriria as contradições sociais implícitas na realidade manicomial:

> *"a transformação da atitude, de violência para tolerância, tal como operada na comunidade terapêutica, não significa uma transformação dialética do processo dentro-fora, do processo de inclusão-exclusão social do louco, isto é, de inserção da loucura no espaço social. A exclusão, embora sem as características violentas da psiquiatria asilar, continua a existir sob a égide da tolerância e da complacência"* (AMARANTE, 2000: 86).

Em 1968 Basaglia e seu grupo publicam A Instituição Negada, onde criticam as comunidades terapêuticas e todos os tipos de reforma institucional. Esta obra marca a posição "antiinstitucional e antiespecialística" do grupo de gorizianos, pelo entendimento de que a problemática da doença mental não se restringia à esfera psiquiátrica, mas reportava às estruturas sociais, que a ciência não apenas deixava de modificar, como também sustentava.

> *"Por isso o nosso discurso antiinstitucional, antipsiquiátrico (isto é, antiespecialístico), não pode restringir-se ao terreno específico de nosso campo de ação. O questionamento do sistema institucional transcende a esfera psiquiátrica e atinge as estruturas que a sustentam, levando-nos a uma crítica da neutralidade científica – que atua como sustentáculo dos valores dominantes –, para depois tornar-se crítica e ação política"* (BASAGLIA, 2001: 9).

Negar a instituição psiquiátrica implica em colocar em discussão a cientificidade da psiquiatria clássica, fundada sobre a descrição e a classificação de síndromes produzidas na artificialidade do ambiente manicomial. Basaglia expunha em seu

pensamento a crise em que a psiquiatria se encontrava: resolvera de maneira negativa o problema da doença mental ao excluí-lo da sociedade. O confronto com a realidade do doente mental expunha os resultados, muitas vezes irreversíveis, da objetivação operada pela psiquiatria positivista. A entidade mórbida ultrapassara a dimensão humana, fazendo do sofrimento mental não somente uma categoria abstrata, mas "*como categoria para além do humano por uma ciência que precisava afastar e excluir aquilo que não conseguia compreender"* (BASAGLIA, 2005b: 36).

A discussão do problema do doente mental deve voltar-se para a responsabilidade da sociedade na exclusão de grupos indesejados, do qual ele faz parte. A psiquiatria, representando os interesses da sociedade, nega ao doente mental qualquer possibilidade de rebelar-se contra quem o exclui; qualquer ato de oposição será a manifestação e a confirmação de sua doença. A psiquiatria tem por isso o que Basaglia chama de "duplo papel médico e social": revelar ao doente o que é sua doença e o que a sociedade lhe faz ao excluí-lo.

> *"somente tomando consciência de ter sido excluído e recusado é que o doente mental poderá sair do estado de institucionalização a que foi induzido. Ao ser-lhe reconhecida uma possibilidade dialética sem a qual não existe relação humana, nem existem homens, ele poderá contestar a realidade, seus porta-vozes – nós, os psiquiatras – e sua própria doença como monstruosidade social, de modo que seja finalmente possível aproximarmo-nos dele vendo-o apenas como um doente a ser tratado"* (BASAGLIA, 2005b: 38).

Essa atitude por parte da psiquiatria poderia estimular o processo de reabilitação do doente mental, ao proporcionar a tomada de consciência do duplo processo de exclusão a que foi submetido, por *"ter sido considerado não só um monstro biológico mas também um monstro social: de ter sido excluído enquanto incompreensível e recluído enquanto perigoso"* (BASAGLIA, 2005b: 39).

Colocando-se em questão os efeitos dessa nosografia, pretende-se desmontar a produção da categoria doença mental por parte da instituição psiquiátrica, evidenciando sua fragilidade em dar conta do fenômeno da loucura.

A operação teórico-prática que permite revelar o efeito de coisificação e exclusão dos doentes, que justifica a realidade manicomial, consiste em pôr "entre parênteses" a doença e o modo pelo qual ela foi classificada, para que se possa enxergar

de novo a pessoa em seu sofrimento e sua subjetividade, *"para além de qualquer definição de doença"* (BASAGLIA, 2005b).

Deste modo, ao colocar a doença entre parênteses pode-se a um só tempo afastar as incrustações produzidas tanto em conseqüência do processo de internação do doente, quanto em decorrência da rotulação autorizada pela psiquiatria (AMARANTE, 2000).

A crítica basagliana ao saber psiquiátrico enquanto sistema científico e institucional dá espaço para o surgimento de propostas críticas que permitem revelar a ideologia da sociedade capitalista por trás do processo de codificação do comportamento diferente, o qual transforma o desviante (à norma da produtividade) naquilo que não é (delinqüente, incapaz). Essa é *"a face dupla da realidade"* (BASAGLIA, 2005c: 186), em que o capitalismo faz dos marginalizados a confirmação de sua norma, tal como as margens de um rio definem seu fluxo.

Às instituições e às ciências cabe produzir categorias (conceitos), que constroem formas sócio-culturais de lidar com os problemas, recriando-os, isto é, colando sobre eles novas interpretações, novos problemas, desfigurando as situações de vida, as identidades e as biografias. Na medida em que a sociedade capitalista continua a funcionar produzindo marginalizados, e em seguida convertendo-os à sua maneira, isto é, reinscrevendo-os sob o signo do anormal, a idéia de Basaglia, de tornar possível compreender esse 'duplo' permanece como ponto de mirada atual. A compreensão do 'duplo' em Basaglia permite revelar os resultados dessa função alienante da psiquiatria, e coloca em questão sua função terapêutica. Constitui por isso, ainda hoje, importante analisador das práticas que ganham forma em nome de uma suposta função terapêutica.

A leitura basagliana da desestruturação do saber psiquiátrico se aproxima sempre mais da leitura das ações sociais e culturais. O campo de ação ultrapassa os limites do manicômio. Basaglia percebe que para transformar a realidade tem que sair dos limites do terapêutico tradicional, do território psiquiátrico, e chegar ao território em que vivem as pessoas, para fazer a sociedade participar dessa transformação do lidar com a diferença e concebê-la. Essa luta contra a institucionalização do ambiente externo foi um ponto decisivo que distanciou a CT de Gorizia dos referenciais de Jones e Tosquelles.

A ação do grupo de técnicos foi caminhando para interações com segmentos que ultrapassavam os limites da psiquiatria, indo em direção à sociedade, ao estabelecer ligações com forças sindicais, políticas e sociais. De acordo com Barros (1994: 62), este passo abriu um diferencial em relação aos trabalhos dos técnicos:

> *"Esta ação promoveu um salto de qualidade ao nível dos trabalhos técnicos específicos, pois impôs sua redefinição. O técnico deveria ir além do próprio trabalho, pois as respostas de que necessitavam os pacientes não eram mais técnicas, e sim relativas às necessidades de moradia, trabalho e amizade, que são comuns a todos os cidadãos".*

O hospital psiquiátrico chegara ao fim de seus propósitos, e a função dos técnicos ultrapassava os limites do manicômio. Ainda em 1968, a equipe de Gorizia solicitou à administração local o seu fechamento e a abertura de centros externos ao hospital, constituindo uma assistência territorial, ao que se opuseram as forças políticas e administrativas da cidade. Diante dessa situação a equipe deixa Gorizia, tendo antes declarado a cura de seus pacientes.

Ao lançar as bases para repensar o papel da instituição psiquiátrica, Gorizia constituiu referência para um movimento de luta. Para Goulart (2004) este movimento é um processo

> *"constituído a partir de uma formação de consciência crítica apoiada no reconhecimento de que os rumos de uma reforma institucional deviam ser traçados a partir do exercício democrático e do desejo de justiça. Literalmente, liberdade de ir e vir; liberdade de expressão e de escolha"* (GOULART, 2004: 179).

Gorizia deu a Basaglia e seu grupo a certeza de que uma luta antiinstitucional estava sendo promovida:

> *"O que está em questão é uma profunda redefinição contratual, normativa, institucional, entre sujeitos sociais que exigirá todo um percurso político e que inverte por completo a lógica institucional".* (GOULART, 2004:179)

Esta constatação será a mola de transformação para um movimento social em que se converte o então movimento filosófico sob a liderança de Basaglia. O lema "A Liberdade é terapêutica" sintetiza as transformações ocorridas no interior do manicômio, que ultrapassaram os modelos que lhe inspiraram.

A invenção de novas formas de convivência com a loucura, fora do terreno estritamente terapêutico, será a grande novidade do processo de desconstrução do hospital psiquiátrico em Trieste.

1.3. A Desmontagem do Edifício Conceitual da Psiquiatria: A Experiência de Trieste

A experiência triestina de desinstitucionalização iniciou-se em 1971, quando Basaglia assume a direção do Hospital Psiquiátrico San Giovanni. Diferentemente de Gorizia, em Trieste os trabalhos foram conduzidos até seu fechamento completo, sendo substituído por uma série de iniciativas que constituíram a atenção territorial. Esse processo de completa transformação da lógica manicomial, e a concomitante criação de novos espaços de assistência e relação entre a loucura e a cidade, é conhecida como "desinstitucionalização" (ROTELLI ET AL 2001; AMARANTE, 1996).

Os trabalhos em Trieste visaram desde o início à transformação da forma como a loucura era considerada pela sociedade. Para isso, as ações caminharam em dois sentidos: trazer a cidade para o interior do espaço manicomial, abrindo os espaços de uso hospitalar à população, e, inversamente, criar estratégias anti-institucionais que discutissem a vida no território, com o fim de desestabilizar concepções sobre o doente mental.

Desde os primeiros momentos do trabalho de desmontagem do hospital psiquiátrico de Trieste sabia-se que não bastava abrir o hospital. A lógica psiquiátrica ultrapassava seus muros. Assim, era preciso construir outra referência teórica e prática que efetivamente desmontasse o poder e o saber, fundados sobre a lógica psiquiátrica.

Dell'Acqua (1994) relata os dispositivos envolvidos no início desse processo de desconstrução de velhas tecnologias da cultura manicomial. Esses elementos abriram caminho "à força", isto é, forçaram os rígidos limites do regime hospitalar, e a partir deles foi possível a criação de novos espaços de tratamento e de convivência direta com a cidade.

a) <u>A reabilitação parte do reconhecimento da pessoa e de suas necessidades</u>

Um primeiro elemento a ser considerado durante os primeiros anos de Trieste é a orientação dos trabalhos segundo o modelo da CT de Jones e de Gorizia, ou seja,

implica na consideração das necessidades dos pacientes, no seu reconhecimento enquanto pessoa. Assim, de 1970 a 1974, começou-se a trabalhar os pacientes reagrupando-os segundo sua proveniência territorial.

Esse ato carrega já em si um componente terapêutico forte, que por si só é um ato reabilitativo, na medida em que reconhece uma pertinência, uma raiz, uma identidade da pessoa a um espaço social. A cada área territorial corresponde uma área de trabalho, a que corresponde também uma equipe, responsável pela recepção dos pacientes. Desta forma começa-se a trabalhar numa projeção em relação ao território, que constitui elemento importante no processo de transformação do manicômio.

Essa nova forma de estruturar a assistência acaba com a divisão de instituições segundo as etapas tradicionais de prevenção, tratamento e reabilitação, e visa dar às equipes condições para assumir globalmente as necessidades dos pacientes, conferindo uma "continuidade terapêutica" (BARROS, 1994), que possibilita outra relação, de maior continuidade no tempo, conhecimento recíproco e familiaridade. Isso garantiu a formação de vínculos, que não apenas favoreceram ao paciente, mas permitiram uma estruturação do grupo de trabalho, tendo em vista as exigências dessa nova profissionalidade.

> *"O trabalho de reabilitação e de progressivo fechamento dos pavilhões buscou desde o início responder às necessidades concretas das pessoas, procurando recompor, no contexto da reconstrução de suas histórias, seu universo simbólico, partindo de necessidades concretas de possuir objetos, roupas, dinheiro e exercer uma atividade remunerada"* (BARROS, 1994; 77).

Por exemplo, há uma modificação quanto a cultura do auxiliar de enfermagem, que tradicionalmente se refere a um objeto definido pelo hospital psiquiátrico. Ao começar a andar com o paciente para resolver questões junto com ele, modifica-se sua visão da situação: *"O cenário muda completamente, sabendo da pessoa de onde ela vem, para onde ela vai. Introduzem-se elementos que eram ausentes ao trabalho psiquiátrico – o elemento tempo e espaço da pessoa"* (DELL'ACQUA, 1994).

Cada enfermaria passa a ter um ritmo próprio, abalando a anomia da instituição. Acontecem reuniões, assembléias diárias, onde os temas são as necessidades primárias dos pacientes – alimentação, vestuário, problemas quotidianos. O reconhecimento da necessidade de se obter um objeto, de ter dinheiro e poder trocá-lo, de ir à cidade e

poder comprar algo, envolve transformar toda a dinâmica institucional dos operadores. Introduz uma tensão, que significa sair do "lugar de trocas zero".

> *"a simplicidade destas mudanças ajuda a compreender como a desinstitucionalização é sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se 'resolva' por hora, não se 'cure' por agora, mas no entanto seguramente 'se cuida'."* (ROTELLI ET AL, 2001: 33)

b) <u>O hóspede como um cidadão de direitos</u>

Intimamente relacionado ao reconhecimento da pessoa, advém outro elemento fundamental no processo de transformação do hospital psiquiátrico. Em 1972 nascem, das próprias assembléias, e a partir do reconhecimento do desejo e das necessidades dos pacientes, os primeiros grupos de residência autônomos em relação às enfermarias. A princípio situados dentro do parque do San Giovanni, as residências ocuparam os espaços disponíveis.

A constituição dessas moradias coloca outro problema a ser resolvido, de ordem administrativa e institucional. As pessoas que vão morar nas residências são definidas como hóspedes. Deixam de ser pacientes. A condição de hóspede significa considerar que essas pessoas têm necessidade de ajuda, sem que precisem submeter-se ao ambiente hospitalar e médico.

A estrutura manicomial não tem, no entanto, flexibilidade para lidar com a nova situação. A moradia coloca problemas de ordem administrativa. A necessidade de medicação, por exemplo, leva ao problema da fonte de recursos financeiros, uma vez que não eram mais internados. A figura do hóspede desafia o funcionamento do sistema psiquiátrico, que é "*ou você está dentro ou você está fora*" (DELL'ACQUA, 1994).

O hóspede perturba o funcionamento da instituição, revirando suas regras, porque ele é um cidadão, e possui necessidade de autonomia. Os técnicos perderam o poder sobre ele e questionam por que devem lidar com essa pessoa. Para Dell'Acqua (1994), "*fica claro que, ou se é objeto da instituição, ou a instituição não é capaz de ter uma relação com o sujeito"*.

Em 1973, após longo período de discussão, uma intervenção do Ministério da Saúde permite aos administradores pagar a esses hóspedes, o que reconhece o tratamento como direito e não como procedimento de internação. Também nesse mesmo

ano a administração da província de Trieste formalizou a condição de hóspede. Esse estatuto conferiu um caráter jurídico-político à figura do hóspede, que lhe devolvia a condição de cidadão, e possuía um "valor estratégico", por denunciar a miséria das pessoas internadas e a fragilidade dos serviços sociais. Isso constituiu um passo no reconhecimento de que a cidade não oferecia condições de vida adequadas a essas pessoas e que portanto seu lugar não era o hospital psiquiátrico.

Diante da autonomia dos hóspedes[1], a população temia, por sua vez, a convivência com eles na cidade. Inicia-se aí um processo decisivo na transformação das relações e da cultura institucional, quando se passa a assumir questões que surgiram nos conflitos com a cidade. Os operadores assim foram mediadores dessa situação. Para Barros (1994: 89)

> *"Essa mediação é um trabalho gigantesco no qual se polemiza, mostrando as contradições, as diferentes razões e se defende o paciente, auxiliando-o, ao mesmo tempo, a compreender, a aceitar regras sociais mínimas. Os pacientes puderam modificar seu papel social e, aos olhos da população da cidade, revelaram-se pessoas com necessidades comuns às outras."*

Quando em 1975 completou-se o processo de desativação de todos os pavilhões do hospital, os hóspedes passaram a viver em casas na comunidade.

c) <u>O nascimento das cooperativas de trabalho</u>

A cooperativa nasce desses elementos dinâmicos que foram descritos anteriormente, ou seja, de todo um clima reabilitativo, que buscava responder às necessidades representadas pela doença e fornecer elementos necessários à sua reinserção e recuperação.

O trabalho dos internados comportava uma orientação moral, isto é, normalizadora, que servia para afastar os pensamentos mórbidos advindos da ociosidade. Em troca eles recebiam um pagamento simbólico, uma ínfima quantia de dinheiro, cigarros, ou mesmo uma ficha que lhes permitia adquirir coisas no parque do hospital.

[1] Segundo Barros (1994: 89) "Ao hóspede era permitido entrar e sair do hospital, usar seu dinheiro, apresentando-se à cidade com todos os signos e as carências que caracterizam o paciente psiquiátrico".

Nas assembléias esses pacientes começaram a questionar o pagamento. O que antes era uma recompensa, um certo diferencial que lhes proporcionava sair do hospital , a partir da abertura das enfermarias passa a não ter mais significado, pois todos podiam adquirir alguma coisa. Junto com os voluntários e os operadores os pacientes começam a pensar em construir alternativas para essa condição do trabalho. Percebeu-se que era necessário constituir condições materiais para combater a dependência gerada pela institucionalização.

A primeira cooperativa surge em 1972, formada por hóspedes, trabalhadores da cidade e enfermeiros. Ela permite o reconhecimento da condição de trabalhador e a desmontagem da condição de dependência anterior. As pessoas saem da condição de doentes e adquirem status jurídico, organizando-se em grupos de prestação de serviços, com direito a recusar os serviços mais insalubres.

De acordo com Barros (1994: 97), a cooperativa procurava atender aos seguintes objetivos:

> *"1- abolição da ergoterapia;*
> *2- servir como um dos meios para a aquisição de aposentadorias, depois de seis anos de contrato;*
> *3- possibilitar uma perspectiva de reconstrução social do ex-internado, com o aumento do seu poder contratual, garantido pela sua incorporação ao ciclo produtivo;*
> *4- ser um instrumento alternativo de trabalho frente a uma real dificuldade de inserção direta e individual no mercado de trabalho e frente às limitações (também existentes) de pessoas que saíam de uma vida manicomial com desgaste físico e psíquico, alteração dos tempos sociais, dificuldades de relacionamentos e de seguir uma dinâmica de trabalho."*

Posteriormente, quando tal cooperativa passou a trabalhar com o setor privado, desenvolveu-se entre seus sócios a capacidade de concorrência no mercado de trabalho, ultrapassando-se, assim, a dimensão reabilitação/inserção, característica de uma posição mais assistencialista. Dessa forma, compreende-se como o trabalho, muito distante da ergoterapia praticada no manicômio, é um dos componentes importantes da desinstitucionalização, ao constituir-se

> "*como resposta a uma necessidade de reprodução subjetiva, enquanto produtividade social, enquanto meio para a reconstrução de uma identidade em relação a uma capacidade de troca. Então trabalho significa possibilidade de valorização e expressão da subjetividade de cada um e da troca entre diversas experiências que se arriscam."* (DEL GUIDICE & COGLIATI, apud BARROS, 1994: 96)

Nesse percurso de abertura do hospital psiquiátrico, ainda de acordo com Barros (1994), surgem "estratégias de desinstitucionalização", que construíram o progressivo envolvimento da população nesse processo, e que foram importantes na desconstrução do mito em que a loucura era aprisionada. Essas estratégias contribuíram enormemente para a "*agudização sempre mais forte da contradição dentro/fora*", isto é, evidenciaram e ao mesmo tempo tornaram menos rígidos os limites que separavam a loucura da cidade.

d) <u>O hospital psiquiátrico é aberto na entrada e na saída</u>[2]

Em Trieste, todos os atos procuraram informar e promover a participação e o co-envolvimento da cidade na reversão da instituição psiquiátrica. Primeiramente foram criadas situações que despertaram o interesse e a participação da população em atividades realizadas no interior do parque do San Giovanni, num movimento de trazer a cidade para o interior do espaço manicomial. Em seguida, passou-se a trabalhar com atividades que fizeram o movimento inverso, permitir aos pacientes a reapropriação dos espaços da cidade.

À medida em que se realizaram passeios, festas, viagens, manifestações culturais, foi-se procedendo à desconstrução material e simbólica do manicômio. Os momentos de trabalho coletivo produziram "comunicação, informação e participação". Discutiu-se as dificuldades, os preconceitos, os medos associados à figura do paciente psiquiátrico. Assim, o estatuto de periculosidade, com o qual se identificava o doente, pôde ser descolado e compreendido como decorrente do processo de internação. Conseguiu-se desse modo reverter o duplo que impedia enxergar a pessoa, e revelar os mecanismos sociais de exclusão e violência a que eram submetidos os pacientes.

Além de possibilitar a reconstrução de relações mais próximas com a família e a cidade, mais profundamente, essas estratégias foram fundamentais para

[2] Esse sub-título é inspirado na fala de Giuseppe Dell'Acqua ao relatar o processo descrito a seguir, pelo qual se estabelece "uma situação de osmose, que é a entrada da cidade, mas também a saída do hospital", durante o Curso de Saúde Mental no Território, proferido na ENSP em 1994. (Acervo LAPS)

> *"a luta contra o manicômio e a luta contra o abandono, para criar possibilidades de vida real, [no que] transforma espaços, cria recursos para todos contra a miséria da vida cotidiana, o isolamento, a solidão [...] às transformações internas correspondiam propostas, soluções, realizações na cidade que representassem lugar de tratamento, de assistência, de sustentação alternativa ao manicômio."* (Dell'Acqua apud Barros, 1994: 85)

O período entre 1975 e 1978 foi considerado crítico, mas também inovador pela criação de várias estratégias antiinstitucionais, pois estas são formas de recriar a vida no território e de desestabilizar concepções quanto à pessoa em sofrimento mental na sociedade. O manicômio de San Giovanni havia sido desativado e uma nova estrutura estava em construção, sem que houvesse sido encontrado um suporte para as novas situações emergentes.

Esse período evidenciaria o quanto seria necessário investir após a abertura do manicômio:

> "*existe todo um trabalho de reconstrução subjetiva e objetiva a ser realizado. Necessitava-se de casa, trabalho, espaço social, de canais para exprimir a própria condição, ainda que de sofrimento. Impunha-se uma análise das necessidades e carências do próprio território, enfrentando as contradições acrescidas pela 'revelação' de uma miséria que antes não se via"* (BARROS, 1994: 81).

Um primeiro momento foi de construção de um "welfare de emergência" (BARROS, 1994), quando se procurou garantir o acesso das pessoas que habitavam o hospital psiquiátrico a serviços e benefícios através de políticas públicas.

Num segundo momento passou-se à construção de um "welfare artesanal", quando se buscou oferecer a essas pessoas condições materiais mínimas, que lhes permitissem exercer a condição de cidadão e constituir novas relações na sociedade.

1.3.1. Os Centros de Saúde Mental e o novo circuito psiquiátrico: inventando instituições

Em 1975 surgiram as novas estruturas que assumiriam para si a complexidade de situações envolvidas no lidar com o sofrimento mental: foram constituídos, até 1978, sete Centros de Saúde Mental (CSM), com funcionamento em caráter assistencial, social e terapêutico; 24 horas por dia, e durante toda a semana, contando com leitos e refeições; operando a partir da gestão flexível de problemas ligados à saúde da população da qual são referência, e assumindo globalmente a responsabilidade pela pessoa que solicita ajuda.

As respostas oferecidas pelos CSM são ditadas pelas necessidades de cada caso, o que demonstra a flexibilidade e a complexidade dessas estruturas. Assim o CSM pode servir ora como um serviço médico-ambulatorial, ora como uma enfermaria de permanência breve, ou como um hospital-dia ou hospital-noite, e também pode ser um serviço sócio-assistencial, fornecendo alimentação, subsídios e orientando na administração e na facilitação econômica. Promove ainda ações como visitas/intervenções domiciliares, reinserção no trabalho, e constitui-se em espaço onde são realizadas atividades sócio-sanitárias, culturais e esportivas do bairro (BARROS, 1994).

Em 1980 seria dado um passo decisivo na reorganização do circuito psiquiátrico de Trieste. Após a aprovação da Lei 180, e com o fechamento da enfermaria de admissão, a assistência em saúde mental não contaria mais com a retaguarda oferecida pela internação manicomial. Os Centros de Saúde Mental passaram a atender à crise. Para Barros (1994:82), este é o momento em que "*passou-se da 'instituição negada' à gestão da 'instituição inventada'*".

Para tanto, tornaram-se referência para as pessoas que ali procuravam ajuda, funcionando como centros sociais, lugar de encontro e de tratamento, de onde partiram um grande número de iniciativas de ações territoriais. Na medida em que se passa a enxergar a pessoa, o trabalho deixa de ser organizado em termos de um discurso sobre o doente, e abre perspectiva de envolvimento crescente com o contexto social em que vive a clientela. Essa capacidade de ação refere-se a outro eixo de atuação, que permitiu não apenas fechar o hospital psiquiátrico, como ultrapassar sua necessidade.

O redimensionamento da competência institucional para fora de seus limites altera a profissionalidade dos operadores, e a própria compreensão de sua capacidade terapêutica. As ações dos operadores tornam-se estratégicas, ao posicionarem-se como

intermediários que buscam o diálogo e o confronto com a diversidade lingüística, comportamental e cultural com que convive a clientela. Dessa forma facilitam a concretização da desinstitucionalização do paciente, quando este pode ganhar outras relações no *socius*, que não mais estabelecidas em torno de sua doença.

Para facilitar a compreensão do cotidiano de um Centro de Saúde Mental em Trieste, Barros (1994: 109) enumera alguns pressupostos que servem de base à sua organização:

1- *a noção de saúde deve ser apreendida não num sentido médico estrito, mas num sentido amplo, ligado à qualidade de vida e à reprodução do bem-estar psicossocial e cultural;*

2- *a clientela não deve ser classificada através de um conjunto de categorias diagnósticas, tipológicas, comportamentais ou de classe;*

3- *o princípio da "porta aberta" a todos estabelece que a demanda não deve ser selecionada segundo qualquer critério técnico de priorização pré-estabelecida (...) O pressuposto da porta aberta implica, ainda, um princípio de responsabilidade territorial, cujo papel é ativo não apenas nas situações de crise, devendo ser, também, uma referência para situações de pobreza, distúrbio e conflito;*

4- *as estruturas não devem ser hierarquizadas segundo os momentos assistenciais de prevenção, tratamento e reabilitação.(...) O CSM deve desenvolver essa capacidade plástica de ser ponto de partida para a prevenção, lugar de tratamento e de reinserção social e de trabalho. Para diferenciar esse tipo de serviço dos ambulatoriais criou-se a noção de Serviço Forte;*

5- *a valorização da queixa e do motivo emergente que trouxe a pessoa ao CSM deve, antes de tudo, procurar responder à solicitação de intervenção como lhe é proposta, partindo-se sempre que possível das queixas materiais para níveis mais complexos das idealidades;*

6- *a preocupação deve ser constante com a afirmação da contratualidade social da pessoa que adoece e recorre ao serviço psiquiátrico.(...) a afirmação da cidadania concretizava-se na tentativa de criar condições que propiciassem o amadurecimento de consciência dos próprios direitos e de possibilidades práticas de ação;*

7- *a democratização das decisões e a valorização de diferentes saberes deve ser um exercício contínuo na dinâmica das relações institucionais.*

Nos momentos de crise da pessoa, o CSM chama para si a responsabilidade sobre o sofrimento, podendo decidir pelo tipo de apoio ou de tutela a ser dado a cada situação, no sentido de defender e proteger a pessoa. Observa Barros (1994) que há nessa situação um duplo movimento: se por um lado o operador implica-se nos conflitos gerados pela situação de tutela que promove, por outro não deixa escapar essa oportunidade para implicar a pessoa em crise, atribuindo-lhe responsabilidade em relação às suas ações. Dessa forma o serviço deixa de produzir a dependência institucional – que a lógica manicomial perpetua – ao tornar possível que a pessoa se posicione em relação ao seu contexto de vida, sem o qual é impossível autoreconhecer-se como sujeito de suas ações.

Essa relação de responsabilização pelo CSM comporta também outro efeito sobre a desmitificação da doença mental, tanto dentro do serviço quanto no seu exterior, sobretudo quanto ao fantasma da doença mental, que é o medo da pessoa alterada pelo seu sofrimento. Ao buscar o reconhecimento do sujeito enquanto capaz de controlar seus impulsos, mesmo em crise, os operadores intervêm sobre a idéia de que o louco não é responsável por seus atos, incidindo sobre a idéia de inimputabilidade e de custódia que perpetua a concepção de doente mental, porque incapaz e perigoso.

O CSM é, portanto, uma estrutura que se mantém em constante contato com o exterior, que se permite afetar pelas relações de troca que estabelece, e aglutina e flexibiliza situações e funções sócio-assistenciais. Os CSM são por isso "*centros sociais"* (Barros, 1994), por levar em conta todo o processo social no qual está inserido junto com as pessoas às quais assiste. Como todos os outros "serviços sociais", tais centros carregam desde o nascimento uma cultura de *"profunda participação popular na construção dos serviços"* (TOMMASINI, 1992: 81).

Trata-se de construir interfaces com o território, cotidianamente abrindo novos espaços de trocas, assim desmontando as engrenagens da produção de incapacidade para o diferente, o que termina por colocar em questão a instituição loucura, comumente vista como incapacidade que deve ser corrigida pela sociedade ou abolida dela.

1.3.2. O território como estratégia de contrato, cuidado e acolhimento

O território é para onde se volta todo o movimento que propôs a negação dos modelos de tratamento médico e psicológico, tradicionais ou renovados, os quais permitiram uma clínica fundada sobre a idéia de cura ou de adequação da experiência da loucura à normalidade. É no território que se efetiva a desconstrução da prática institucionalizada, e se produz a socialização da loucura.

Para Amarante (2003: 74), os reformadores italianos dão um novo sentido ao termo território, que o diferencia do usado no contexto francês da Psiquiatria de Setor, e de comunidade da Psiquiatria Preventiva americana:

> "*Trata-se não apenas da região, no sentido geográfico tradicional, ou do lugar de moradia das pessoas, mas do conjunto de referências subjetivas, sociais e políticas que formam o cotidiano de vida e a inserção dos sujeitos no meio social.*"

A capacidade de compor forças com o território organiza uma nova trama de relações para a invenção dos serviços de saúde mental, a partir de novos saberes, novos poderes reconhecidos na população, nas famílias, nos usuários e nas associações possíveis, e não pensadas de antemão, ao contrário da concepção de comunidade uniforme, cooperativa e coesa, em que não há espaço para diferenças, contestações e críticas. Rotelli (1998: 154) afirma que

> *"no território, e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas, existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, existem pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então o saber do paciente, o saber*

> *do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados em nossa prática."*

O território, sendo espaço onde as forças sociais se encontram em permanente tensão e conflito, possui uma dinâmica, uma constante transformação que faz com que a ação territorial incorpore a capacidade de lidar com a diversidade de interesses, para a construção de objetivos comuns e provisórios.

> *"O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria."* (GIOVANELLA & AMARANTE, 1998 :145)

Trabalhando com a loucura para além da noção de doença mental, as iniciativas veiculadas na experiência triestina promoveram formas de inserir não só o louco na sociedade, como possibilitaram modificar a relação de pessoas, instituições e saberes com o dito doente, abrindo espaços de convivência com pessoas da sociedade em geral, o que rompeu com a separação entre normal e anormal, gerando autonomia e respeito pela diferença.

Dessa forma deu-se a desconstrução concreta do paradigma médico-psiquiátrico, ao evidenciar que a solução para a problemática do sofrimento mental requer não a identificação de sintomas e o uso de especialidades, mas"*a invenção de um outro modo e a criação de oportunidades e de probabilidades para o 'paciente'"* (ROTELLI, 2001: 92).

A grande novidade do processo de desinstitucionalização italiano foi promover a desconstrução das incrustações presentes no modelo assistencial do manicômio, assim como no cotidiano das relações sociais, para então promover o reposicionamento sócio-político da pessoa em grave sofrimento psíquico. Rotelli (2001: 91) situa a extensão das transformações geradas:

> *"A verdadeira desinstitucionalização será então o processo teórico-prático que reorienta instituições e serviços, energias e saberes, estratégias e intervenções em direção a este tão diferente objeto."*

O novo objeto é a pessoa em sofrimento psíquico na relação com o corpo social, cuja apropriação por cada pessoa conforma um território. Porque é o conjunto de referências sociais, de códigos de funcionamento intrapessoais, que cotidianamente compõem um imaginário e uma realidade que inclui ou exclui no meio social, tornando o sujeito pessoa ou categoria nosológica.

Isso foi possível ao interferir nos códigos de referência e nas relações de poder, em funcionamento intra e extra-muros. Eis então a complexidade do atuar no território: fazer com que algo passe a desestabilizar as relações entre a loucura e a razão (DELEUZE, s/d), nessa relação com a norma, instituindo novos contratos, o processo de socialização não apenas do louco, mas da loucura, que permite *"a produção de novos contextos, na ativação de recursos na cidade e multiplicação de atores envolvidos, na ampliação de possibilidades e garantia de direitos, na formação de profissionais"* (NICÁCIO, 2003: 194).

Assim é que as *"instituições da desinstitucionalização"* (NICÁCIO, 2003: XVI), ou as *"instituições inventadas"* (ROTELLI, 2001: 89), se colocam enquanto instituições em movimento, que têm a capacidade de questionar a si mesmas e sair em busca de estratégias para mediar, dialogar e responder às necessidades dos cidadãos, criando novas oportunidades de relação com os sujeitos.

A atuação dos serviços no território, cotidianamente abrindo novos espaços de trocas sociais, e assim desmontando as engrenagens da produção de incapacidade para o diferente, termina por colocar em questão a instituição loucura como incapacidade que deve ser corrigida ou abolida da sociedade.

Os *"serviços de base territorial"* (ROTELLI, 2001a) em Trieste são iniciativas construídas para atender a pessoa em sofrimento na sua relação com o corpo social/território, e que ao fazê-lo substituem a internação como recurso prioritário para o tratamento, graças à sua habilidade de enxergar de outra forma a problemática dessa pessoa e criar respostas variadas e variáveis às suas necessidades.

São organizações que trabalham na comunidade e com a comunidade, cujas ações partem dos CSM como pólo irradiador de práticas territorializadas, procurando nos espaços do território trabalhar com suas forças e estabelecer novas dimensões nesse

espaço. Nicácio (1989: 101), chama o CSM de *"centro externo"*, porque "*a maior parte do trabalho consiste em atividades externas*".

Esses serviços evitam a visão restrita do olhar clínico, que enxerga nas estruturas do sujeito algo a ser curado, e afirmam a produção de vida, de sociabilidade. Em oposição ao hospital psiquiátrico, e no movimento contrário à institucionalização, não dão respostas fixas e técnicas, mas confeccionam estratégias e intervenções para cada caso, capazes de

> "*fazer-se tecido, engenharia de reconstrução de sentido, de produção de valor, tempo, responsabilizar-se, de identificação de situações de sofrimento e de opressão, reingressar no corpo social, consumo e produção, trocas, novos papéis, outros modos materiais de ser para o outro, aos olhos do outro."* (ROTELLI, 2001: 94)

Os serviços territoriais organizam-se em rede, constituindo uma atenção integral e diversificada, ampliando os recursos necessários para atender à complexidade dos sujeitos com os quais lidam, à diferença da simplificação operada pelo manicômio. Além dos CSM e das cooperativas de trabalho, há centros de convivência, leitos psiquiátricos em hospital geral, serviços residenciais terapêuticos e outras iniciativas que promovem *"o diálogo e a interação não apenas entre diferentes disciplinas, mas entre diferentes áreas de intervenção social e cultural"* (AMARANTE, 2003: 66), o que traz para a atuação desses serviços a dimensão da intersetorialidade.

Um aspecto central da prática dos serviços é, segundo Della'Acqua (1991: 62), uma *"disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre"*, o que leva o serviço a tomar para si a responsabilidade sobre a saúde mental para com toda sua área de referência, e pressupõe um papel ativo na sua promoção – o que os italianos expressam por *presa in carico*, ou tomada de encargo/responsabilidade.

A tomada de responsabilidade produz uma real penetração do serviço no território, quando a relação do CSM com sua área de referência é pautada pela *"prática cotidiana da presença"* (NICÁCIO, 1994), em que este se coloca como referencial inclusive para as situações de miséria, distúrbio e conflito. Sua ação é territorializada por assumir completamente a responsabilidade pelas questões pertinentes ao sofrimento psíquico de seus habitantes, i.e., *"assumir a demanda com todo o alcance social conectado ao estado de sofrimento"* (DELLA'ACQUA, 1991: 63).

A ausência do manicômio se apresenta como solução somente se uma nova cultura e uma prática institucional constroem "*uma realidade que torne possível tal ausência*" (DE LEONARDIS *apud* Nicácio 1989: 103). Para romper com a exclusão social das pessoas de classe mais baixa pela via da institucionalização, a atuação no território precisa ainda se articular com os movimentos sociais que lutam pela destruição da opressão na sociedade, "*de forma a poder traçar no social uma tomada de consciência coletiva*" (NICÁCIO, 1989: 106).

De acordo com essa linha de pensamento, Amarante (1992:100) ressalta que "*a mudança verdadeira deve passar pela transformação das práticas cotidianas dos exercícios sociais e das instituições e serviços que assumirem a total responsabilidade desta transformação.*"

Por isso não se trata apenas de uma reforma de serviço, ou de modelo assistencial, mas de uma reforma do pensamento, capaz de reorganizar as ações que alcancem o entendimento das pessoas do que é o sofrimento mental. Atingir a cultura que se tem, de que o louco é perigoso, e que precisa ser trancado para ser tratado. Necessita-se para tanto de *"um processo social mais amplo de transformação, que libera da necessidade da internação porque transforma as necessidades sociais e as respostas institucionais"*. (ROTELLI ET AL 2001: 53).

O serviço substitutivo cria a ausência do manicômio pela presença de outra realidade, ao se colocar como *"motor de mudança"* de uma profunda transformação institucional, científica e cultural na região. Mais do que dispensários de assistência, as novas instituições produzem saúde mental como resultado da produção de novos contextos, novas relações, e procuram "*investir a partir dos lugares, da sociedade, do território como a possibilidade de invenção da saúde dos cidadãos"* (NICÁCIO, 1994: 80).

O território é estratégia para a instituição inventada quando o trabalho chega a modificar a concepção do senso comum, de que o manicômio é um lugar de tratamento, que perpetua a miséria social:

> *"A recusa e negação do mandato social de legitimar essas instituições é uma tarefa que se impõe aos técnicos que pretendem atingir as necessidades do cidadão e não as do Estado. E não apenas deles – a luta contra a miséria significa também a luta contra a miséria que a exclusão de alguns determina a todos."* (NICÁCIO, 1989: 106)

Portanto, diferentemente da psiquiatria preventiva americana, não se pretende medicalizar ou psicologizar o social. A idéia de saúde, como produção estética, cultural e de bem-estar psíquico e material, posta em prática pela desinstitucionalização italiana, não permite sua captura por parte de qualquer saber. As ações a que se propõe têm nos espaços de valorização das trocas grupais o cenário para o exercício da “grande saúde” (NIETZSCHE, 1985), enquanto exercício de liberdade, emancipação do sujeito de qualquer “deve ser”.

Um efeito possível dessa redefinição das noções de saúde e doença reside em dialetizar o caráter contraditório da prevenção psiquiátrica e o risco de extensão do controle social, diminuindo assim seu poder. Fundamentalmente, existe a clareza de que é preciso construir um novo pacto social, ao criar campos de troca entre as partes mais empobrecidas e as mais ricas da sociedade (BARROS, 1994).

CAPÍTULO II:
A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL E A CRIAÇÃO DE NOVOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

CAPÍTULO 2

A Reforma Psiquiátrica no Brasil e a Criação de Novos Serviços de Saúde Mental

A instituição que colocamos em questão nos últimos vinte anos não foi o manicômio mas a loucura.

Franco Rotelli

A chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil constitui-se num processo complexo formado por um movimento social, acadêmico, técnico e político em torno da transformação do lugar da loucura na sociedade. O que se conhece como Reforma Psiquiátrica também é um movimento que tem sua base a partir da indignação de trabalhadores frente à forma violenta, segregadora e excludente com que era tratada a questão da saúde mental no país. Assim como a Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica encontra nos anos setenta um cenário de revolta contra as condições de trabalho, em meio ao modo de conceber e estruturar os serviços de saúde até então, sobretudo perpetuantes das desigualdades sociais. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental é organizado em 1978 como um lócus que se propõe a debater e encaminhar propostas de transformação da assistência psiquiátrica, envolvendo também associações de classe e setores e entidades mais amplas da sociedade. Na cartografia levantada por Amarante (2001: 54), tratava-se sobretudo de uma denúncia à psiquiatrização da assistência, que acontecia em meio *"à política privatizante da saúde e às distorções à assistência daí advindas, tendo, conseqüentemente, a dicotomia entre uma psiquiatria para o rico versus uma psiquiatria para o pobre."*

Na seqüência, esse movimento vai adentrando nos espaços políticos, fazendo chegar ao Congresso Nacional a violação aos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, e ao mesmo tempo lutando pela revisão da legislação acerca do doente mental.

Na segunda metade dos anos 80 vários encontros e conferências são promovidos a nível municipal, estadual e nacional, tendo a Saúde Mental como tema. A emergência do Movimento de Luta Antimanicomial e o surgimento do CAPS Luiz Cerqueira em 1987, a intervenção na Casa de Saúde Anchieta e a conseqüente criação dos NAPS de Santos, estes em 1989, todos guardam alguma relação com a noção de desinstitucionalização.

O que está em jogo é um processo de desconstrução da lógica e da cultura manicomial, por meio de um amplo movimento fundamentado na denúncia da ineficácia da concepção de loucura como doença perigosa para a sociedade, apoiada na soberania do poder médico de verdade sobre a loucura. Busca-se, portanto, produzir modificações nas concepções assistencial, jurídica, política e sociocultural, através do resgate da possibilidade de vida em sociedade dos acometidos de sofrimento mental, e para isso organiza-se como movimento também social que reivindica o direito a novos espaços de cuidado e de soberania, e que ao mesmo tempo objetiva implicar a sociedade, no que pode então transformar o paradigma que a constitui enquanto doença. Enquanto Movimento de Luta Antimanicomial tem possibilitado a emergência de novos atores sociais, propiciando "*a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político*" (TORRE & AMARANTE, 2001b: 84)

Pode-se dizer que a relação entre as reformas Psiquiátrica e Sanitária constitui-se de aproximações e afastamentos. Ambas se organizam enquanto movimento social, possuem os mesmos princípios, e perseguem a ampliação do modo de conceber e promover a saúde. Por outro lado, a Reforma Psiquiátrica não prescinde de seu entendimento de que a transformação da sociedade se atualiza na concepção de que a produção de saúde é indissociável dos microprocessos de transformação cultural. Para Amarante (1996: 22) reside exatamente aí um diferencial entre as duas reformas, já que para esse autor a Reforma Sanitária

> "*vai-se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas, das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das conseqüências imediatamente derivadas da natureza desse modelo, tais como a 'escuta' e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/mal-estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, (...). Em suma, a questão entre os movimentos pelas reformas psiquiátrica e sanitária está na relação com a qual um e outro mantém com o saber constituinte de seus campos específicos.*"

A Reforma Psiquiátrica Brasileira encontra muitas dificuldades e, ao mesmo tempo possibilidades, no processo de implantação do SUS, uma vez que neste âmbito se

institucionalizam as condições do desenvolvimento de uma política nacional de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica, conforme descrito por Amarante (1997: 165), vai além da reorganização de serviços, configurando-se enquanto "*um processo permanente de construção de reflexões e transformações que ocorrem a um só tempo, nos campos assistencial, cultural e conceitual*". Esse autor (1997, 1999, 2001) vai identificar quatro dimensões ou campos da Reforma Psiquiátrica, que se dão de forma complementar e inter-relacionada:

a) campo teórico-conceitual: diz respeito ao questionamento dos conceitos que fundamentam as bases teóricas e conceituais sobre os quais o campo psiquiátrico-psicológico estabelece seu objeto de conhecimento e suas ferramentas para conhecer a realidade. Os conceitos de *doença mental entre parênteses* e *desinstitucionalização* aparecem em meio a necessidade de negação e desconstrução do saber-poder relacionado a esses saberes;

b) campo técnico-assistencial: refere-se a construção de novas concepções de atenção ao sofrimento psíquico, no que dá lugar a construção de uma rede composta de novos espaços de sociabilidade, de possibilidades de substituição do hospital psiquiátrico. O conceito *de existência-sofrimento em sua relação com o corpo social* refere-se a importância de construir novas possibilidades de vida concreta para os sujeitos;

c) campo jurídico-político: onde se propõe a revisão das legislações sanitária, civil e penal e a redefinição das relações que envolvem o direito a cidadania, direitos humanos e sociais, sem os quais não se reconhece um novo lugar para o sujeito;

d) campo sócio-cultural: diz respeito à transformação do imaginário social sobre a loucura, e compreende os três campos acima relatados, no que resultam em práticas sociais que constroem a solidariedade e a inclusão daqueles que estão em desvantagem social.

2.1. A criação do CAPS de São Paulo

A reorganização da assistência psiquiátrica vem se dando de forma gradativa, com a crescente incorporação de novos dispositivos de cuidados. Ao final dos anos 80, duas experiências fundamentais começaram a ser valorizadas enquanto propostas que visam dar novos contornos à forma de lidar com o sofrimento mental.

Constituem marcos históricos o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luíz da Rocha Cerqueira, o primeiro CAPS criado no Brasil, antes mesmo do advento do SUS e da Reforma Psiquiátrica, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos, por seu pioneirismo na invenção de uma alternativa à internação e à forma de tratamento manicomial, no que se configuram enquanto referências para a criação de portarias que regulamentam a criação de novos serviços assistenciais da área da saúde mental.

À sua maneira, cada um dos dois dispositivos demarcou uma reformulação de conceitos, práticas, e modos de intervir na problemática de atenção às pessoas em grave sofrimento mental.

A criação do CAPS Prof. Luíz da Rocha Cerqueira, que iniciou suas atividades em 1987, localizado na Rua Itapeva, na cidade de São Paulo, guarda relações com o contexto político de reorganização do modelo de assistência à saúde por que passava o país. A nível de planejamento da atenção à saúde, em São Paulo, a Atenção Primária é adotada pela política estadual de saúde, já na década de 70.

Conforme situa Campos (2000), na área da saúde mental, por sua vez, ganha espaço uma política formulada segundo os princípios da "Reorientação da Assistência Psiquiátrica". Essa proposta surge no Plano CONASP em 1982, e segue os moldes da psiquiatria preventiva americana. Sua implementação promove a ampliação da rede ambulatorial na capital paulista no período entre 83/86. À equipe de saúde mental caberiam tanto ações que íam do "tratamento de doentes" e ações extra-muros, dirigidas a grupos comunitários ou à comunidade como um todo, quanto ações dirigidas à demanda interna da própria unidade. Pensava-se até nos termos de uma "*profilaxia da saúde mental dos familiares*" (SES/SP apud CAMPOS, 2000).

Entre os vários movimentos de interferência sobre o cenário da saúde mental, ora tentando diminuir a supremacia do hospital psiquiátrico, ora tentando recuperar seu poder, trabalhava-se por programas que seguiam a divisão entre os níveis primário, secundário e terciário. No entanto, as práticas não ultrapassavam os limites físicos dos serviços de saúde. Embora se falasse em ações "*mais abertamente políticas com a*

comunidade" (CESARINO, 1989), estas se restringiam a atitudes isoladas de alguns grupos de técnicos.

O CAPS situa-se nessa malha como uma tentativa de sair dessa concepção programática, ao colocar o usuário como centro da atenção, entender seu sofrimento, sua singularidade (YASUI, 1989), mas acabou portando-se enquanto intermediário, sobretudo por não ter-se constituído em forma de rede, como previa seu projeto. E porque não era possível organizar uma rede de serviços que oferecesse cuidados mais afeitos às necessidades de seus usuários.

Criado a partir de um projeto de autoria da Coordenadoria de Saúde Mental, o CAPS foi definido dentro da perspectiva de *"buscar uma atenção integral a pessoas com graves acometimentos psíquicos em estruturas intermediárias entre a hospitalização psiquiátrica e a vida comunitária"* (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987: 1).

De acordo ainda com seu projeto de implantação, seu funcionamento era de 8h/dia, durante 5 dias por semana, e pretendia oferecer atenção integral e personalizada, com *"programas de atividades psicoterápicas, socioterápicas de arte e de terapia ocupacional"*. Trabalhava-se por um enfoque "mulidisciplinar" e "pluri-dimensional", procurando entender a doença enquanto relacionada a fatores micro e macro sociais.

O sentido do termo "estrutura intermediária" é dado pela justificativa de que, àquela época, a assistência à saúde mental oscilava entre os pólos hospício, postos de saúde e ambulatórios de especialidades, incapacitados para o entendimento das necessidades da clientela acima referida, seja por seu caráter cronificador, seja por seu funcionamento burocrático. O CAPS deveria furar esse esquema, ao funcionar enquanto *"mais um filtro de atendimento entre o hospital e a vida em sociedade"* (São Paulo, SES, 1986:2 *apud* AMARANTE, 2001:82).

Sua vocação estaria em articular pessoas *"socialmente invalidadas"* e a comunidade, no sentido de instrumentalizar para o exercício da vida civil as *"pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social"*. Para tanto, destaca-se a importância de se trabalhar a partir de cuidados mais intensivos, de natureza multiprofissional, "*estimulando os múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando-se a singularidade dos sujeitos"* (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987: 1).

Como objetivos são perseguidos a construção de uma rede de prestação de serviços preferencialmente comunitária, a criação de um núcleo que sistematize as práticas mais intensivas de cuidado, capaz de organizar uma *"rede de atendimentos*

externos em direção à desinstitucionalização e desospitalização" (Coordenadoria de Saúde Mental, 1987: 1).

2.2. O processo santista de reforma psiquiátrica e a emergência dos NAPS

A compreensão do significado da formulação dos NAPS requer o conhecimento da dimensão do processo de desconstrução que foi engendrado a partir da transformação social, cultural e conceitual operada nesse município a partir da intervenção no hospício da cidade.

As primeiras mudanças foram feitas já com a desconstrução física e cultural do manicômio, a Casa de Saúde Anchieta pela administração local, desacreditando o manicômio através da mídia. A estratégia de intervenção buscava assim mobilizar a população, ao evidenciar a extrema carência até mesmo de utensílios e pessoal no cuidado aos internos.

Já a intervenção na "casa de horrores", em 1989, leva a uma penetração no território, ou seja, chega-se ao imaginário, e no cotidiano dos moradores da cidade. Essa forma de agir deu-se porque tinha-se a convicção de que era preciso agir no coletivo, uma vez que *"a loucura é questão do dia-a-dia de todos nós, numa sociedade absolutamente enlouquecida"* (PMS/vídeo-Telma de Souza *apud* Campos 2000: 119). Havia uma forte decisão política aliada ao cuidado de administrar trabalhando o imaginário social.

Campos (2000), também atuante desse momento da política de SM do município santista, cita três idéias principais que constituíram seus eixos de trabalho:

- *a concepção de doença mental, que marca uma "luta de idéias"*
- *a organização do município para construir uma sociedade sem manicômios*
- *a constituição de uma tecnologia que permite a liberdade como o melhor remédio*

O projeto de articulação da saúde mental em Santos iniciou fazendo um contraponto à experiência de constituição de equipes de saúde mental no ambulatório. A experiência da capital paulista, para Capistrano Filho (1995), um dos mais fervorosos atores do processo santista, já funcionava no esquema normatizador, i.e., em horário comercial, atendendo à clientela dita neurótica, e encaminhando a pessoa em crise psicótica para o manicômio. Revelou-se assim ineficaz na reversão do modelo manicomial.

A equipe santista, tendo em sua composição várias pessoas que conheceram de perto a experiência triestina de reforma psiquiátrica, sabia que para de fato reverter o processo de psiquiatrização, era preciso trabalhar para a reconstrução dos laços que ligavam o doente mental à sociedade, reconstruindo um processo de vida, em conjunto com a pessoa em sofrimento, o que significava *"inverter o processo"* (CAPISTRANO FILHO, 1995).

O propósito de intervir no manicômio para então destruir sua cultura e suas relações era a única saída possível, capaz de ir formando pessoas para atender ao doente mental, e de forma simultânea construir a rede ambulatorial.

A intervenção foi feita de modo estratégico, convocando-se um exército composto por entidades defensoras dos direitos humanos, além de sindicatos de trabalhadores, ordem dos advogados, imprensa falada, escrita e TVs, entre outros. A ação ultrapassou o ato burocrático ao promover um choque cultural na cidade. Ao mesmo tempo conseguiu ganhar a solidariedade da população, ao levar para dentro do manicômio os olhos e ouvidos da cidade.

Na desconstrução do espaço hospitalar colocou-se desde o início a reorganização do espaço do hospital aliada ao movimento de reconstruir relações entre pacientes, equipe e comunidade. É marca da ação promovida em Santos a lucidez de se atuar desde o início em direção ao território.

Durante o processo de intervenção, a nova divisão das enfermarias já considerava o território como espaço onde as relações se estabelecem, e portanto onde a produção de saúde/doença se dava. Esta perspectiva ressituava o papel dos técnicos para criar uma relação contratual que requeria *"não mais estar entre a instituição e o internado, mas criar mediações radicalmente novas entre os sujeitos, suas necessidades e o tecido social"* (NICÁCIO, 1994: 73).

Kinoshita (1997:70) relata que todo o período inicial foi marcado por um clima de *"reativação de subjetividades"*, em que técnicos, familiares e pacientes se envolviam num ambiente de *"grande responsabilização coletiva"*. Por "reativar subjetividades" entendia-se todas as ações que iam da supressão da violência e da melhoria das condições materiais do hospital, do tempo e do espaço, até, num aspecto mais amplo, romper a separação dentro/fora, que marcava a relação manicomial.

As atividades promoveram o enriquecimento do poder contratual e ao mesmo tempo a abertura da relação terapêutica para as dimensões de vida, trabalho, moradia, aspectos sociais, econômicos e jurídicos. Eram instrumentos para recriar a vida, facilitar aos pacientes "cair na vida", efetivamente de libertação de identidades. Dessa forma,

essa atuação em direção à comunidade permitiu afrouxar a rigidez das concepções sobre a doença mental.

A reativação de subjetividades desdobrava-se numa necessidade de ativação de recursos da comunidade, e desemboca na criação de novas instituições. Ainda dentro do Anchieta, o espaço conhecido como a "Casa" e as oficinas TAM-TAM foram sementes que abriram a possibilidade para novas respostas e novos sentidos às relações com a pessoa em sofrimento mental. Mais tarde emergiram os NAPS, configurando-se enquanto unidades totalmente substitutivas à internação manicomial.

Todo um sistema de atenção foi configurado para atender às necessidades de uma vida fora do manicômio, conforme Nicácio (1994):

> - *os NAPS* - são o "eixo do novo circuito", regionalizados, funcionando 24h/dia e 7 dias/semana; devem responder à demanda de saúde mental de sua área de abrangência. Em média dão cobertura a um território de 90.000 habitantes cada, de forma a que toda a cidade esteja coberta. Funcionam em casas comuns, em espaços habitacionais da cidade, e possuem salas de estar, de convivência, refeitório, além de contar com 6 leitos para situações de necessidade de garantia do direito de asilo. Contam com equipes formadas por aproximadamente quarenta profissionais, entre terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, merendeiras e acompanhantes terapêuticos;
>
> - *o Pronto-Socorro Psiquiátrico Municipal* - funciona no Pronto-Socorro Central da cidade, e não se configura como enfermaria psiquiátrica; dá retaguarda na atenção à crise e urgência e emergência, principalmente no período noturno;
>
> - *a Unidade de Reabilitação Social* - coordena, promove e desenvolve os empreendimentos de trabalho, entendido como direito e meio de reconstrução de identidade. Agrega usuários em vários projetos que buscam a contratualidade social, e abriu espaço para a construção de cooperativas sociais. A equipe agrega uma média de doze profissionais, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, acompanhantes terapêuticos e monitores de ofício;
>
> - o *Centro de Convivência TAM-TAM* - abriga ações e projetos que trabalham a produção de novos valores em relação à cultura, *"de crítica, e reflexão sobre a*

normatização, de possibilidades de trabalhar a cultura da exclusão e da vivência da diversidade como desigualdade" (NICÁCIO, 1994: 83). Destaca-se a rádio livre TAM-TAM, além de grupo de teatro, murais na cidade, e projetos artesanais. A equipe é formada por oito profissionais, um artista plástico e sete psicólogos.

- *o Lar Abrigado "República Manoel da Silva Neto"* - espaço de moradia e atenção para catorze usuários gravemente institucionalizados, que possuem debilidades físicas e clínicas. Conta com equipe formada por treze profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, médico, enfermeira e auxiliares de enfermagem.

Além desses serviços, fundou-se a Associação Franco Rotelli, que envolve usuários familiares, profissionais e cidadãos interessados em criar alternativas e transformar a cultura manicomial. Surgida na relação entre profissionais e grupos de familiares, agencia discussões, debates e a participação nos momentos da luta antimanicomial.

Há um conjunto de características que revelam formas de atuar e pensar o serviço que fazem dos NAPS estruturas que substituem integralmente a necessidade do hospital psiquiátrico. Desde a forma de articular a relação do NAPS com a clientela, passando por formulação de novas habilidades e princípios, até as transformações geradas nos espaços públicos da sociedade.

A começar pela sua emergência, pode-se perceber que houve todo um alinhamento teórico e processual, que faz dos NAPS a base de um novo sistema de saúde mental, forjado com a desmontagem do Anchieta.

> *"Os NAPS se constróem no processo de negação do manicômio, da miséria das relações institucionalizadas e das regras, códigos e saberes que as determinam; têm como exigência técnico-política serem totalmente substitutivos ao manicômio e nessa trajetória se potencializam ao assumir progressivamente essa competência"* (NICÁCIO, 1994: 89).

Os NAPS nascem já com o objetivo de transformar as relações com o dito doente mental, e por isso colocam no centro de seu foco de ação a produção de vida, a invenção de saúde.

Pode-se destacar uma série de características que fazem dos NAPS instituições complexas, ao se abrirem para um campo de possibilidades, e por constituírem-se enquanto instituições em movimento, i.e., instituições abertas às necessidades da clientela e que têm como horizonte a reprodução social de seus sujeitos.

O texto de apresentação do primeiro NAPS construído (NICÁCIO ET AL, 1990) demarca as características e as estratégias da estrutura e da ação desses dispositivos de mudança:

> 1- *Regionalização*: a localização dos NAPS faz parte de uma "estratégia de regionalização", em que foi pensado um NAPS para cada região de saúde da cidade de Santos. Dentro dessa perspectiva, a atuação estratégica desses serviços envolve fazer parte do módulo de saúde da região, articulando e integrando os serviços, de forma a construir um projeto de saúde para a região.
>
> A regionalização, mais que uma divisão administrativa da cidade, dispara novas perspectivas para o posicionamento e atuação dos NAPS. O trabalho na região implica o serviço de forma mais direta no modo de funcionamento dos tecidos que compõem a trama do lugar, tais como a clientela, o conhecimento de suas necessidades, das instituições, o percurso da demanda psiquiátrica, podendo o NAPS constituir-se enquanto referência que conhece e intervém sobre as necessidades e o acesso às pessoas, invertendo a lógica de cura de doenças para a produção de saúde.
>
> Para tanto, já antes da implantação do primeiro NAPS realizou-se um trabalho com a região no qual se buscou revelar o significado social do manicômio, em contraposição ao de uma instituição aberta, abrindo o debate aos cidadãos sobre a questão da segregação e da cidadania, dialogando com as associações de moradores, sindicatos, igrejas, e órgãos de defesa dos direitos humanos.
>
> Essa ação de transformação cultural é um trabalho constante, adotado também na *"prática concreta na região"*: visitas domiciliares, diálogos com a vizinhança, participação dos usuários do NAPS em atividades festivas do bairro, campanhas de saúde, bem como receber a visita de pessoas e grupos. Trata-se de ventilar a relação entre o serviço e o território, desconstruindo relações endurecidas da sociedade com as questões do sofrimento mental.

2- *Responsabilização pela demanda da região*: esta premissa se concretiza em um projeto terapêutico onde a equipe assume o *"cuidar de uma pessoa"*, o *"fazer-se responsável"*, evitando o abandono e o reencaminhamento a outras instituições, o que *"se contrapõe à fragmentação das necessidades da demanda e portanto requer flexibilidade e a perspectiva da globalidade e não do sintoma"*.

Deste modo o projeto terapêutico pretende enxergar o sujeito, *"para além da remissão do sintoma"*; é centralizado no paciente, e as estratégias utilizadas são aquelas *"que trazem à tona as diferentes dimensões de cada sujeito, de suas relações"* (NICÁCIO ET AL, 1990: 5).

Decorre dessa forma de se posicionar em relação à demanda, uma diferença para com o modelo que enquadra o sofrimento mental da pessoa entre os momentos de prevenção, tratamento e reabilitação: a assunção da demanda fura o circuito de reencaminhamentos que termina no manicômio. Somado ao atendimento à crise, afirma-se que essas são posturas fundamentais para a construção de estruturas que se propõem a substituir o hospital psiquiátrico.

3- *A Equipe*: entendida enquanto possibilidade de *"trabalhar junto"*, e *"espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das 'crises' e do pensar e repensar o próprio serviço"*, a transformação operada na equipe rompe a separação entre o técnico e o político, e a concepção da ação profissional *"como 'técnica pura' e não como prática social"*.

A experiência santista de transformação da atenção à saúde mental tem no território sua base de articulação de produção de saúde, e por estar aberto à movimentação da comunidade, ultrapassa o âmbito de uma simples renovação técnica de serviço, e tampouco depende da vontade política. Nesse sentido, Campos (2000: 133) considera Santos *"desviante"* do modelo de reforma psiquiátrica conduzido no Brasil, pelo caráter inventivo da construção do trabalho em Saúde Mental:

> *"A invenção sempre foi feita a partir da construção de projetos conjuntos (técnico-cidadão com o usuário-cidadão e o munícipe-cidadão santista). Não tiveram um modelo organizacional prévio, com*

programas a executar e normatização de como cuidar, ou número e categorias de técnicos fixa".

O processo de transformação da saúde mental em Santos comprova o surgimento de novas relações entre sujeitos, instituições e cultura, a partir de inúmeras ações pautadas na aposta do louco como capaz de desenvolver sua cidadania. Esta entendida não enquanto categoria burguesa, mas como *"o exercício da vida nas cidades, da propriedade sobre o corpo, da liberdade, da não-legitimidade da autoridade natural sobre o outro, da qualidade da ética da igualdade de direitos"* (NICÁCIO, 1994: 27).

NAPS e CAPS são propostas distintas, que guardam suas peculiaridades em relação ao contexto em que surgiram. O CAPS tem uma origem na iniciativa da Coordenação da Saúde Mental, num documento administrativo que define uma clientela prioritária, e um modo de funcionamento cujos eixos centrais são a assistência a excluídos e a docência. O NAPS emergiu do processo de intervenção no hospital psiquiátrico, e teve seu projeto elaborado após sua criação. Sua razão de ser é a desconstrução do manicômio, onde seu agir volta-se para evitar a exclusão, o que requer *"superar a lógica da assistência em direção à lógica da produção de saúde"* (AMARANTE & TORRE, 2001: 30).

As portarias ministeriais nº 189/91 e nº 224/92 surgem como marco regulatório do funcionamento dos novos serviços em saúde mental, e orientam a criação de outros semelhantes, surgidos na esteira das transformações geradas por esses processos de reforma. Em que pese as peculiaridades de cada uma das duas experiências acima descritas, observa-se nos textos dessas portarias a utilização do termo "NAPS/CAPS" para descrever os serviços, o que acaba reconhecendo como sinônimas experiências que guardam importantes diferenças nos modos de construção e orientação desses serviços. Para Amarante & Torre (2001), a utilização das duas siglas conforme aparece nas portarias ministeriais, além de tomá-las como idênticas, tornou-as modelos ou modalidades de serviços, o que contribui para a perda da pluralidade dessas experiências.

Há que se notar ainda que o texto da portaria nº 224/92, que define os NAPS/CAPS, situa-os enquanto unidades "*que oferecem cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar*", e não se refere a eles enquanto *substitutivos* da internação no manicômio. Ou seja, embora as duas portarias generalizem os dois serviços, privilegia-se o funcionamento nos termos do *intermediário*, sem que haja uma distinção conceitual que oriente gestores e

trabalhadores a respeito dos objetivos desses novos serviços dentro da Reforma Psiquiátrica em curso.

De fato, o CAPS parece ter sido escolhido pelo Ministério da Saúde como *"principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica"* conforme o texto de apresentação da publicação destinada a informar aos profissionais e gestores do SUS a respeito dos Centros de Atenção Psicossocial (MS, 2004). A portaria de nº 336/01, que "*classifica os serviços de atenção psicossocial por ordem de complexidade crescente*" e cria várias modalidades de CAPS, retirou de seu texto a sigla NAPS, homogeneizando as duas experiências. Em seu lugar estabelece que os CAPS deverão funcionar *"segundo a lógica do território"*.

À ausência de definição conceitual do que sejam os "novos serviços", dentro dos termos utilizados nas portarias, cabe contrapor um questionamento do que se refere o adjetivo "novo" na denominação dos serviços de atenção psicossocial, uma vez que uma pura denominação não é garantia do grau de modificação das práticas e de seus efeitos na relação com a loucura, isto é, não os faz substitutivos do modelo manicomial. Cumpre examinar o significado de *"ruptura"* (AMARANTE & TORRE, 2001) com o paradigma psiquiátrico introduzido pelo termo substitutivo, como ponto de mirada para a organização dos novos serviços.

CAPÍTULO III:
A REALIDADE DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS) NO BRASIL

CAPÍTULO 3

A REALIDADE DE UM CAPS NO BRASIL

Representar uma coisa significa representar a sua relação com cem outras coisas. Porque é objetivamente impossível fazer diferente. Porque não existe outra forma para tornar compreensível, perceptível uma coisa, qualquer que seja.

Robert Musil

3.1. A construção do objeto da pesquisa

De acordo com Minayo (1993: 90), *"nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeira instância, um problema na vida prática"*. A escolha do objeto de pesquisa deu-se a partir de informações oriundas de situações vivenciadas por uma população e das respostas oferecidas pelos serviços de saúde mental diante de relatos feitos por sujeitos que haviam trabalhado na área dita "da Maré".

Ao optar por me reportar a tais sujeitos como primeira exploração do terreno, já tinha em mente que estes trariam, sendo profissionais e pesquisadores em saúde pública preocupados com a realidade local com a qual conviviam, informações sobre a realidade vivenciada pelos portadores de transtorno mental, o que traria dados sobre o grau de resposta de serviços públicos diante das necessidades dos moradores da Maré.

As situações relatadas despertaram em mim admiração, pois expressavam um exercício nada satisfatório da saúde pública em relação aos desafios daquela comunidade. O relato se iniciou com comentários sobre situações sofridas por moradores relacionadas à violência, que resultaram, por exemplo, na criança que urina na cama, nas pessoas presas em suas casas, que não se movimentam na comunidade devido ao medo que existe na região.

Num primeiro caso mais detalhado, foi exposta a dificuldade de acesso de uma portadora de transtorno mental a qualquer continuidade de atendimento: sem poder ser atendida em casa e sem poder sair dela para ser atendida em algum serviço, por dificuldades físicas e financeiras, tal senhora representava perigo em sua comunidade e sofria por isso. Havia dificuldade em retirá-la dali, pois o tráfico de drogas não permite

a entrada de veículos do poder público, assim como não aceita seu comportamento perturbado.

Ainda segundo os informantes, tentou-se em vão contato com um CAPS da área. Como a irmã não tinha como levá-la, solicitou-se uma consulta domiciliar, que não foi conseguida, pois a recepção do CAPS nesse momento encontrava-se fechada para novos casos.

Segundo uma técnica, um psiquiatra fora uma vez a casa dessa senhora e desde então são mantidos os mesmos medicamentos prescritos. Situada no andar de cima de um comércio, o acesso físico a tal casa é bastante precário. “A comunidade não se mete!” relata a técnica. Ou seja, fora da crise, quando necessário, interna-se.

Outros casos também indicaram a distância dos serviços de assistência à saúde mental, como o caso de uma mulher que havia se jogado da janela por problemas mentais e que vivia trancada no quarto, e o de um rapaz que há tempos permanece usando os mesmos medicamentos dados durante a internação.

Os relatos pareciam evidenciar uma rede mal tecida entre as pessoas e os espaços de assistência à saúde, desarticulada com a realidade da população, mantida precariamente, apresentando espaços vazios de cobertura muito grandes. A impressão que se teve, ao ouvir a fala das interlocutoras, é de que, fora da crise, a família não tem muito acompanhamento e recorre à internação como único recurso quando a situação volta a se complicar.

Tais realidades problemáticas constituíram-se num problema de pesquisa, pois apontavam para uma realidade de não solução à demanda local. Diante das situações vividas pela população, os equipamentos de saúde têm-se mantido bastante ineficazes, o que reforça a necessidade de hospitais psiquiátricos.

Surgiram questionamentos sobre como os fatores se fazem preponderantes na desassistência, apesar de toda a orientação de uma política de Reforma Psiquiátrica e do SUS, que partem cada vez mais para a consideração do território. O que se passa nessa interseção entre pessoa, comunidade e serviços de saúde, afinal? O que se passa num serviço como o CAPS, supostamente articulador da atenção à saúde mental da região a que pertence a comunidade da Maré?

Tratava-se de uma realidade que desafiava os serviços oferecidos pelo CAPS, sendo assim optou-se por investigar como o CAPS responsável por tal território se organizava para dar conta dessa situação. O objetivo da pesquisa foi caracterizar o funcionamento do CAPS no que diz respeito às novas práticas assistenciais, verificando sua capacidade de se articular ou não às características do território. Interessava

sobretudo conhecer quais as estratégias clínico-políticas adotadas para promover o reposicionamento do paciente na sociedade, assim como as dificuldades encontradas pela equipe na relação com o território.

Tal problemática evidencia-se como relevante em tempos de uma orientação da política nacional de reforma psiquiátrica, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental (Lei 10.216 de 06/04/01) e estabelece que os CAPS deverão funcionar segundo a lógica do território, responsabilizando-se pela organização da demanda e da rede de cuidados com a saúde mental neste âmbito (Portaria 336 de 19/02/02).

Por outro lado, para sua própria sobrevivência como dispositivo de transformação das práticas manicomiais, o CAPS não pode ser uma instituição padronizada. Apesar da existência de orientações quanto à organização e o funcionamento dessa modalidade de serviço, existe a realidade dos CAPS, quando é preciso se haver com condições concretas, que tornam possível seu fazer cotidiano.

Parte-se do princípio de que o CAPS precisa ser mais que um serviço, constituindo-se numa estratégia para promoção da desinstitucionalização. Para tanto, cabe pensar que o dispositivo CAPS precisa acolher a pessoa com toda a demanda de sofrimento que isso pode implicar, o que impele a procurar agenciar outros equipamentos no território, guardada toda a complexidade dos sujeitos e do próprio território. Essa orientação inclui por isso reconhecer os diferentes modos de funcionamento que o território traz, dialogar e compor forças com ele, na medida em que, conforme Nicácio (1994) esclarece, o território é onde os sujeitos vivem em suas redes de relações.

Cumpre, portanto, conhecer de forma o mais próxima possível o funcionamento de um CAPS, para verificar como se dão as relações com o território nas ações que desenvolve, enquanto indicativo de sua capacidade de promover uma transformação na relação da sociedade com a loucura.

3.1.1. O Trabalho de campo

Para dar início ao trabalho de pesquisa, após sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, foi solicitada e obtida permissão para realizá-la, tanto no serviço de saúde mental pesquisado quanto na Coordenação da Área Programática, e então foi encaminhada uma cópia do projeto de pesquisa para anuência da Secretaria de Saúde do Município do Rio de Janeiro.

Para caracterizar o funcionamento do CAPS em relação às práticas assistenciais foi necessária a inserção em campo, tendo como instrumentos de coleta de dados a observação inspirada na observação participante e as entrevistas realizadas com os profissionais do serviço.

A observação, na pesquisa qualitativa segundo Víctora *et al* (2000), está voltada para a descrição de uma problemática definida previamente. Em relação à questão do funcionamento do CAPS, as observações tiveram como objetivo entender, nessa construção de uma atuação que visa oferecer novas respostas à problemática do sofrimento psíquico, como esse serviço constitui suas ações, como constrói os projetos e a relação com o território. Estes são elementos-chave que mostram a capacidade de resposta do CAPS no lidar com a questão da loucura de maneira a substituir o modelo psiquiátrico tradicional.

A observação no local, inspirada na observação participante, permitiu a inserção no cotidiano do CAPS, possibilitando captar elementos que não podiam ser apreendidos pela fala e pela escrita. Enquanto técnica, a observação permite encontrar a práxis e a prática discursiva, oferecendo ao observador a possibilidade de captar, na variedade de linguagens, comportamentos e acontecimentos, a forma como se dão as relações com a clientela, entre os profissionais e com o território.

A inserção no campo deu-se através do contato com a coordenadora do serviço e foi estendida aos demais profissionais na reunião semanal da equipe, onde foi apresentada a proposta de pesquisa e obtido o consentimento do grupo.

A estada no serviço deu-se por um período de quatro meses. Neste ínterim, buscou-se adentrar gradativamente nos espaços de atuação dos profissionais, na medida em que havia consentimento.

A observação foi guiada por um roteiro que contemplava aspectos como a estrutura física do serviço, seu funcionamento rotineiro, a dinâmica de equipe, as relações construídas no interior do CAPS, com demais atores e instituições do território.

Procurou-se desenvolver o hábito de estar no CAPS de diversas maneiras, ao experimentar o lugar de alguém na sala de espera, nas discussões da equipe de profissionais no espaço de supervisão, ao observar as interações entre os profissionais e destes com a clientela, nas oficinas, assembléias, e em atividades e reuniões fora do CAPS.

Foram observados os espaços oficiais, mas também os interstícios do cotidiano do CAPS, como os momentos em que se discutia um acontecimento ou a situação de algum paciente entre os profissionais, que desabafavam algum pensamento ou

sentimento. As conversas com os pacientes tiveram igual valor, ao conhecer seus percursos no serviço, bem como a diferença que este dispositivo provoca em suas vidas.

Alguns casos de pacientes foram acompanhados mais de perto, na intenção de identificar situações corriqueiras e atípicas, para ver como o CAPS se organizava para responder a essas demandas. A caracterização do que representa os obstáculos para a atuação do serviço na relação com tais situações informa sobre concepções e modos de funcionamento existentes.

Tendo consciência de que, assim como o observador observa o campo, também o campo observa o observador, tomou-se o cuidado de considerar os efeitos da presença do pesquisador nos espaços do CAPS. Em determinado momento percebeu-se que havia um limite possível para a presença em alguns espaços. As entrevistas então fizeram-se necessárias, tanto para abrir o campo de explanação sobre situações não acompanhadas, como para aprofundar o nível de informações e opiniões quanto a construção do serviço (MINAYO, 1993).

3.1.2. O diário de campo

Utilizado como instrumento de uso pessoal do pesquisador para facilitar o registro cronológico dos dados colhidos durante o tempo da observação, tanto no que diz respeito à dinâmica do serviço, quanto no acompanhamento das ações desenvolvidas em seu exterior, o diário de campo foi constituído por anotações diárias, feitas desde os primeiros contatos para a entrada em campo, até o registro das impressões colhidas durante a realização das entrevistas.

O diário de campo constitui ainda um instrumento essencial da pesquisa, por comportar não apenas as observações dos acontecimentos como também as experiências e os sentimentos do observador no ambiente (BRANDÃO, 1982). Ao mesmo tempo, os registros constituíram um solo que possibilitou um distanciamento necessário do convívio diário com o campo, e que forneceu, em suas várias revisões e consultas, subsídios para que os dados que seriam coletados através das entrevistas fossem repensados.

O que se pode observar foi registrado no diário de campo, a partir de notas breves tomadas discretamente no próprio local, ou posteriormente, já cuidando para que tal ato não interferisse na relação com o pesquisador no campo.

As anotações feitas no diário de campo foram separadas por categorias, as quais foram entrecruzadas, promovendo uma sistematização que permitiu a formulação de

alguns temas principais, que comporão a análise dos resultados, além do levantamento de hipóteses que serão esclarecidas nas entrevistas.

3.1.3. A utilização de entrevistas

As entrevistas foram necessárias para complementar a observação, constituindo um espaço em que os profissionais expressaram suas formas de conceber o trabalho do CAPS de maneira mais espontânea, num momento de interação único com o pesquisador, que, dentro da dinâmica de funcionamento do serviço, revelou-se como boa fonte de dados. Considerando a capacidade da entrevista em abrir um espaço de coleta de informações, foi feita a escolha por entrevistas abertas, por possibilitarem aos entrevistados discorrer livremente sobre os temas de interesse para a pesquisa, favorecendo a elaboração de um discurso onde estes expressariam suas idéias, crenças, maneiras de atuar e de conceber o CAPS. As entrevistas foram realizadas após algum tempo de participação no dia-a-dia do CAPS.

De acordo com Minayo (1993: 124) *"a inter-relação no ato da entrevista contempla o afetivo, o existencial, o contexto do dia-a-dia, as experiências, e a linguagem do senso comum, e é condição 'sine qua non' do êxito da pesquisa qualitativa."* Nesse sentido, a participação no cotidiano do serviço propiciou uma interação afetiva, que contribuiu para que os entrevistados se sentissem mais livres para emitir suas opiniões acerca dos temas sugeridos.

A intenção de realizar as entrevistas com os profissionais do serviço justifica-se a partir do entendimento de que o conhecimento do seu modo de conceber o CAPS e trabalhar nele constitui uma via de acesso importante para compor uma pintura deste equipamento.

Considerando-se a hipótese de que um bom indicador da capacidade substitutiva do CAPS seja sua relação com o território, procedeu-se a uma primeira entrevista com a coordenadora do CAPS, para a escolha dos primeiros sujeitos que seriam entrevistados, dado seu envolvimento em ações nesse âmbito. Tendo sido citado apenas um técnico como sendo quem realizava o trabalho, este foi o representante de sua categoria profissional. Para a escolha dos representantes das outras categorias, optou-se pelo profissional há mais tempo em atividade no serviço.

A partir dos dados obtidos na observação, foram elaboradas perguntas que permitissem colher dos entrevistados suas opiniões acerca dos temas pretendidos, utilizando perguntas disparadoras, no intuito de deixar que os entrevistados

discursassem livremente acerca dos temas de interesse, expondo através das associações de idéias os sentidos que dão às suas práticas no CAPS.

Tomou-se cuidado de não extrair dos sujeitos respostas conceituais, mas dados suficientes para confeccionar discursos que reformulassem as possibilidades de pensar os temas investigados. As perguntas foram pré-testadas com um profissional de outro serviço semelhante, com a finalidade de verificar se realmente levantavam os dados que almejavam.

Foram realizadas seis entrevistas, no período de agosto a novembro de 2005, concedidas no local de trabalho dos entrevistados. Os entrevistados, pela resolução 196/96, conceberam livre e esclarecidamente seus depoimentos, conforme o termo de consentimento livre esclarecido (anexo 1).

3.2. A entrada no CAPS e seus vários espaços

O CAPS é uma casa situada num bairro de classe média, de origem operária, com ruas bem planejadas, de casas residenciais e alguns poucos prédios altos. A rua em que se encontra possui imóveis residenciais e imóveis comerciais, voltados para o setor de prestação de serviços. Ao me informar na vizinhança onde era o CAPS, não obtive uma resposta certa. Alguns moradores desconheciam sua existência, e somente na terceira tentativa me informaram onde se situava *"o lugar onde tem pessoas com problemas mentais"* (sic). O muro baixo deixava aparecer a casa rosa, de dois andares, que não se distinguia visualmente dos outros imóveis do bairro. Uma pequena placa pintada à mão, que mais tarde soube ter sido feita por uma usuária, indica o nome do serviço. O portão estava entreaberto.

Ao adentrar no CAPS logo se avista a mesa da recepção. Após ter sido apresentada à coordenadora, passamos a uma sala no segundo andar, que parecia ser local de reunião e de trabalhos de arte. Identifiquei-me como pesquisadora da área da saúde mental da ENSP/FIOCRUZ, e passamos a conversar sobre a mudança do CAPS para essa casa em 2003, após um período de alguns anos em que funcionou num imóvel precário num bairro vizinho. Sua fala deixava entrever uma provisoriedade no funcionamento do serviço, ao mesmo tempo em que transmitia que uma nova fase estava se firmando, quando passou-se a ter melhoras na estrutura física e na ampliação da equipe de profissionais, apesar da carência ainda de pessoal de apoio e de alguns itens que lhe permitissem funcionar como CAPS credenciado. Também me colocou a par das atividades desenvolvidas no serviço e das parcerias com órgãos e instituições

para atividades voltadas ao lazer e à inserção no mercado de trabalho da clientela. Ao final da conversa explanei um pouco sobre minha preocupação em pesquisar as relações do serviço com o território. Quando indaguei-lhe a respeito do que, ao seu ver, o território desafiava a equipe, esta respondeu-me que a visita domiciliar causava grande impacto junto aos profissionais, citando situações em que os psiquiatras não estavam acostumados a lidar, devido à diferença de classe social. A escassez de recursos de saúde mental na área, além da pobreza e da violência, constituíam também impedimentos ao avanço do trabalho no território, e traziam desconforto para os profissionais. Existe ainda certo temor em chamar a comunidade para participar efetivamente do CAPS e que, com isso, descubra-se que não há segurança e o serviço venha a sofrer alguma conseqüência. Tais declarações indicavam já uma concepção de atuação do serviço no território, que será mais trabalhada adiante.

Nesta conversa, chama atenção a fala de que *"o CAPS não tem nenhum trabalho no território"* (sic), dada a extensão da área para a qual é referência. O CAPS estava em obras, e por isso encontrava-se com a recepção fechada para casos novos, *"exceto para casos de desinstitucionalização"* (sic), como se referia àqueles casos de pessoas que estavam saindo de longas internações em hospitais psiquiátricos.

O serviço substitutivo é um conjunto de entendimentos e práticas cotidianas que resultam em sua direção para fora, i.e., em direção à articulação com pessoas, saberes e recursos do território sobre o qual tem responsabilidade. Para Nicácio (2003), a proposta de um serviço substitutivo, como *"serviço no/do território"*, advém quando nele se articulam algumas características que levam a uma responsabilidade da equipe com as pessoas que vivem no território, quais sejam: a responsabilidade pela demanda, a porta aberta, a atenção às situações de crise e o trabalho territorial. Estes princípios expressam e compõem a transformação da prática terapêutica e efetivam a substituição da lógica manicomial, ao constituírem serviços fortes.

Para Rotelli et al (2001), o serviço torna-se *"forte"*, territorial ou substitutivo, ao reconhecer o usuário em sua complexidade, mas também considerando sua singularidade e sua diversidade, elaborando respostas dinâmicas e individualizadas que tentam preservar e ampliar a riqueza da vida das pessoas.

O serviço substitutivo transforma cotidianamente as práticas, os saberes e a cultura, ao criar estratégias diversificadas que produzem novas possibilidades para os sujeitos em seu sofrimento, trabalhando pela busca da autonomia e da emancipação. O que se traduz cotidianamente numa riqueza de relações entre os serviços e seus freqüentadores.

Passou-se a observar os espaços do CAPS, suas relações, a forma como trabalha com a clientela, suas relações de poder, o funcionamento da equipe, enfim, toda a sua dinâmica, uma vez que a capacidade de se relacionar com o exterior tem a ver com a forma como se constrói cotidianamente o serviço.

A observação da dinâmica do CAPS teve início a partir dos espaços indicados pelos profissionais durante a reunião de equipe, considerando-se as atividades que estavam mais relacionadas ao trabalho no território, a Oficina de Vendas e o grupo Conversando sobre Trabalho.

Após algumas semanas freqüentando os espaços sugeridos pela equipe na supervisão, passou-se a freqüentar o serviço alguns dias da semana durante o dia todo, na intenção de acompanhar o seu cotidiano. Tomou-se o cuidado de expor na reunião de equipe a intenção em fazê-lo, para conhecer os espaços do Centro, ao que não foi dada uma resposta por parte dos profissionais. Desta forma, algumas tentativas de observar os outros espaços foram feitas, mediante a aceitação dos técnicos que coordenavam tais atividades. Em outros momentos, optou-se por estar no CAPS para o conhecimento de sua movimentação diária, bem como para a interação com a equipe, com os funcionários e com a clientela.

O CAPS possui um ritmo ambulatorial de funcionamento, com uma freqüência maior de técnicos trabalhando nos consultórios ou em oficinas, o que é reconhecido por um entrevistado, ao dizer que *"a gente ainda tá preso a esse modelo do atendimento, da consulta, os grupos"* (T3). Observou-se que, nos dias em que há consultas com psiquiatras, há maior movimento de pessoas no serviço, quando o espaço da recepção fica cheio de pacientes e familiares aguardando para serem atendidos.

Numa conversa com um funcionário da parte administrativa sobre o outro CAPS existente na sub-área, este me diz que trabalhou por vários anos lá. Ao ser indagado sobre o que vê de diferente entre os dois CAPS, diz que *"Lá parece mais sanatório, porque é o dia todo, ficam diariamente 25 pacientes deitados, dormindo, e tinha que vigiar a bolsa para não roubarem"* (sic). A respeito deste CAPS, entende que *"Aqui tá mais pra ambulatório"* (sic), e aponta para o espaço próximo à sua mesa, onde ficam sentadas as pessoas que aguardam atendimento.

Ao observar o movimento no serviço, percebe-se que os usuários vão chegando, sozinhos ou acompanhados por familiares, alguns assinam o livro de presença e sentam nos bancos dispostos um ao lado do outro, ou nas cadeiras, em frente à mesa da recepção. Alguns se cumprimentam, olham as revistas, mas há um grande silêncio, e uma sensação de vazio sobrevém. Aguardam por consulta com o técnico. Outros vieram

para freqüentar a oficina ou o espaço de “convivência”, como se referem os técnicos em relação ao grande espaço que fica no fundo do CAPS, onde há duas mesas de reunião, uma estante com revistas e o aparelho de som e banheiros. Perguntado a um paciente com quem já havia estabelecido maior proximidade, se ele conhece algumas das pessoas que se encontram lá sentadas, este diz que não sabe quem são. Fala então, que *“Daqui pra cá é gente pra consulta, e daqui pra lá é gente que freqüenta mais aqui”* (sic) – referindo-se a ele e aos outros dois colegas que aguardam o início da oficina de cuidados.

Fora esses dias, há poucas pessoas que freqüentam o serviço de forma diária, e mesmo as diversas atividades funcionam com poucos, e quase sempre os mesmos pacientes. A presença das famílias restringe-se ao grupo familiar ou ao acompanhamento às consultas, e não foi observada a presença de pessoas da comunidade, mesmo em momentos mais coletivos, como em festas.

Quanto a relação dos pacientes com o estar no Centro, e da relação dos técnicos com os pacientes, observou-se certo controle que dificulta a apropriação do espaço pelos pacientes e intimida uma participação espontânea nas atividades, o que é atestado pela fala de um profissional, que reconhece que *“O paciente fica lá na recepção esperando ser atendido, enquanto ele podia ir pro espaço da convivência, ligar o rádio, providenciar sentido. Poucos pacientes perceberam que isso é uma possibilidade, estar no espaço enquanto um espaço seu.”* (T3).

A convivência é tida por este entrevistado como um diferencial do CAPS para com os outros modelos de atenção à saúde mental, na medida em que é *“um espaço possível de se estar do jeito que é, com as características que tem, especial ou menos especial, e essa convivência é um pouco menos estigmatizada”* (T3). Mas será que o serviço permite essa aproximação dos pacientes com a criação de uma rotina própria? Percebe-se que os pacientes se sentem pouco à vontade em considerar o CAPS um espaço deles.

Enquanto estava presente no dia-a-dia do Centro, dada situação em especial revelou uma regra implícita em seu funcionamento. Uma paciente desenhava na mesa do espaço conhecido como “a convivência”, e uma oficina estava para ter início naquele lugar. Como era uma paciente a quem havia me aproximado mais, foi-me pedido que ficasse com ela fazendo alguma coisa fora daquele espaço, pois ela não fazia parte da oficina, e sua presença ali na mesa desenhando atrapalharia o desenvolvimento da atividade.

Essa relação com o ambiente, em que o paciente é autorizado ou não a participar, aparece na fala de outro T, ao relatar a experiência de progresso de outro paciente pela sua participação no CAPS, quando diz que

> *"Esse paciente foi indo por conta própria, ele foi meio que... começando a participar das atividades do serviço. Ele sabia que tinha oficina do papel tal dia, ele vinha na oficina do papel. E aí, quando a gente se deu conta, ele tava freqüentando várias atividades no CAPS. Até ele levou a criar uma regra na equipe, de que paciente de recepção não poderia participar das atividades ainda, só depois que já tivesse cadastrado, que tivesse projeto terapêutico que podia participar, porque meio que fugiu das nossas rédeas.*" (T2)

No projeto santista de invenção de serviços de saúde mental, o que se denomina "*porta aberta"* constitui um elemento analisador das relações que se produzem entre usuários, familiares, equipe e território. A porta aberta traduz um conjunto de relações institucionais, num movimento contínuo de questionar e eliminar a contenção concreta e simbólica das instituições asilares, pelas quais se dava o controle do paciente. Enquanto diretriz central dos serviços territoriais,

> *"a porta aberta concreta e simbólica requer uma dinâmica de trabalho que distante de concepções burocráticas seja capaz de operar no movimento de ordem-desordem, instituinte-instituído na qual as ações são construídas, desmontadas, reconstruídas a partir das necessidades dos usuários em seu contexto de relações"* (NICÁCIO, 2003: 221).

Assim sendo, a porta aberta delineia novas bases na relação do serviço com o usuário, em que a acessibilidade e a permeabilidade do uso do serviço por parte de qualquer pessoa traduzem uma flexibilidade em sua organização. Os centros triestinos de saúde mental, assim como os NAPS de Santos, convertem-se em espaços sociais abertos ao uso da população, sem qualquer tipo de subdivisão ou seleção de pacientes, não existindo consultas por agenda ou lista de espera (ROTELLI ET AL, 2001).

Manter a porta aberta implica ainda na capacidade plástica de acolher a demanda, de forma a garantir atenção a todas as pessoas que chegam ao serviço,

oferecendo uma possibilidade de resposta a sua questão, mesmo que seja sua escuta apenas.

Embora a noção de porta aberta não tenha sido mencionada pelos técnicos entrevistados, pode-se observar no campo situações em que cabe indicar a falta dessa compreensão para o dia-a-dia do Centro, conforme se observa num momento de chegada de uma paciente ao serviço.

Numa segunda-feira cedo, chega uma mulher com uma senhora idosa e outra mais jovem. Esta estava sentada no banco da recepção, com roupa clara, de corte e tecido simples. Sua face, também "simplificada", mais para enfumaçada, abestalhada, ausente. Não consegui ter certeza de sua faixa etária. A fala expressava o som típico da ausência de muitos dentes. Estava com uma senhora bem mais velha que ela, que deveria ser sua mãe. A mãe não conversava com a filha, contorcia-se e dava as costas para ela. Parecia em pânico quando a filha falava de seu sofrimento na rua e dentro dos manicômios, mencionando as agressões sexuais pelas quais passou.

Passa-se um bom tempo sem que alguém do CAPS chegue até elas. Quando se aproximam do portão comunico a um profissional que estão indo embora, e este se aproxima e tem uma breve conversa com elas, no banco da recepção. Chama atenção a expressão da mãe enquanto o técnico conversa com Terezinha[3], sua filha, que diz que está com dor nas costas, que vai morrer, que a polícia bateu nela. A mãe expressa desespero. O técnico se afasta sem conversar com a mãe.

Numa outra ocasião, Terezinha vem acompanhada da mãe e de sua cunhada, que fica com ela durante a semana, porque sua sogra trabalha como diarista. Durante uma conversa com a cunhada esta diz que agora sua sogra está mais calma, mas que entrava em desespero e reprimia a filha quando esta começava a falar coisas que "os homens" faziam com ela. Em sua visão, pelo fato de sua sogra ser de uma Igreja Evangélica os palavrões de Teresinha lhe são insuportáveis. O comportamento desta também causa estranheza e medo em sua mãe. Terezinha por vezes se mostra agressiva quando a mãe pega seus sapatos e os esconde com medo de serem roubados, como fazia no manicômio onde viveu por vinte anos internada. Diante de tudo isso, nos finais de semana, a mãe costuma deixar Terezinha trancada em casa sozinha e sair para a igreja.

A respeito da vinda de Terezinha ao Centro, a cunhada diz que ela vai ficar o dia todo no CAPS às segundas-feiras, e, quando perguntada se trouxeram comida para ela, responde que não, pois não sabiam que tinham que trazer. No almoço a técnica dá biscoitos e suco para Terezinha. Isso se repetiu mais de uma vez, pois a família não fora

[3] Este nome é fictício.

avisada que o CAPS não fornecia refeição. Terezinha passou a recusar a comer os biscoitos com suco, dizendo que ia almoçar.

A porta aberta também significa a abertura para o outro, no reconhecimento e acolhimento dos usuários e ao responsabilizar-se pelos problemas de saúde da região. Em ambos os sentidos, Nicácio (2003) coloca a relação que Campos (1994) estabelece entre um *"coeficiente de acolhida"* e a *"plasticidade"* do modelo de atenção, quando se trata de acessar, junto com o paciente, toda uma variedade de problemas da demanda, que incluem questões sociais, econômicas, culturais, além da inconstância dos recursos disponíveis. Por isso, construir estratégias de saúde que partem da necessidade de promover mudanças, adaptar e combinar técnicas e atividades diversas colocam-se como centrais na garantia de acessibilidade.

No caso do CAPS pesquisado, observou-se que este ainda tem trabalhado pouco no facilitar o acesso dos usuários. Considerando a enorme área sobre a qual constitui referência, de 650 mil habitantes, e onde estão localizados dois dos maiores complexos de favelas do país, pode-se dizer que há um contraste entre a quantidade de pessoas que freqüentam o serviço e o percentual de internações psiquiátricas que esta área representa, responsável por 15% do número de internações do município do Rio de Janeiro. Este dado foi colocado pela supervisora do CAPS durante a reunião de equipe, e chamou atenção que esta colocação não causou incômodo entre os profissionais, não provocou questionamentos a respeito da participação do CAPS na produção de formas de articulação do serviço com a realidade local.

A preocupação com a capacidade de acolhida do Centro aparece apenas na fala de um profissional entrevistado, inconformado com quaisquer justificativas para o grau de abertura do serviço e sua relação com o acesso da demanda:

> *"Acho que o serviço tem poucos pacientes, se preocupa pouco em relação a isso. Se você for pensar numa demanda de ambulatório, certamente tem pessoas lá que estão precisando do serviço do CAPS, ou outros locais, e chegam muito poucas pessoas, por exemplo, de demanda espontânea. As pessoas vêm encaminhadas de outros serviços. Essa questão da demanda espontânea é um marcador aí pra mim importante, do quanto o CAPS conseguiu ter um reconhecimento no território, de que é o lugar que as pessoas podem recorrer em caso de sofrimento psíquico, de alguma desordem que o*

> *cara acredite ser do campo da saúde mental, entendeu? (...) Tem que pensar nos que tão fora, em uma série de relações"* (T4).

A preocupação do serviço em voltar-se para um trabalho no território, capaz de promover maior permeabilidade às demandas, assim como aos modos de pensar da população que possibilitem sua acessibilidade, dá-se nos serviços substitutivos perante sua capacidade de ser um conjunto complexo e flexível de relações sócioassistenciais. Nesse ponto, a postura e o sentimento de tomar para si a responsabilidade sobre a demanda e as questões que a acompanham levam os técnicos a considerar as especificidades e a vida de cada pessoa assistida pelo serviço. Essa posição conduz os serviços a assumirem *"a completa responsabilidade da atenção a toda a comunidade abrangida pelos recursos substitutivos existentes neste mesmo território, sem lançar mão de outros recursos, principalmente manicomiais"* (AMARANTE, 1991: 99).

Essa postura interfere nos fatores que usualmente limitam o acesso ao serviço, quando este, tomado pelo sentimento de responsabilidade em promover o cuidado global das pessoas, projeta-se sobre novas bases que revigoram o cotidiano institucional, o trabalho em equipe e a prática terapêutica, produzindo um novo modo de cuidar, que para Rotelli et al (2001: 33) evita o abandono e a fragmentação de respostas que de outra forma culminavam com a descarga no manicômio.

> *"Significa ocupar-se, aqui e agora, de fazer com que se transformem os modos de viver e sentir o sofrimento do 'paciente' e que, ao mesmo tempo, se transforme sua vida concreta e cotidiana, que alimenta este sofrimento."*

A tomada de responsabilidade aponta para a ação no território da vida dos pacientes, a partir da necessidade de assumir uma interação ampla e direta com a condição do paciente e das suas relações, chegando aos seus ambientes de vida. (DELL'ACQUA, 1991). O serviço, portanto, não é o único local de exercício da tomada de responsabilidade, pois a prática terapêutica é orientada para o enriquecimento da existência global, complexa e concreta dos usuários, que os faz sujeitos ativos nas relações dentro e fora do serviço (ROTELLI ET AL, 2001).

A prática terapêutica, assim, transforma-se na criação de estratégias de lidar com a intensidade de redes de afetos e de relações, o que "*requer, contemporaneamente,*

aprender a operar em tempo real e em lugares distintos, às vezes desconhecidos" (NICÁCIO, 2003: 231).

Ao contrário da direção da prática em relação aos ambientes de vida dos usuários dos serviços substitutivos, observou-se uma tendência na dinâmica do CAPS de trazer para o serviço as situações de trabalho com seus pacientes. No caso da paciente Terezinha, a falta de um trabalho mais articulado com a vizinhança e os familiares resultou em ela ser vista como "monstro" por uma pessoa próxima, que exigiu que a tirassem dali e que a internassem. Certamente, a dificuldade em conviver com a diferença de seu comportamento tornou-se insuportável para sua mãe, que optou por sua internação já numa primeira reação de agressividade da filha.

A responsabilidade do serviço no caso havia à época se restringido a receber a paciente durante um dia e meio no CAPS, o que foi reconhecido como uma falha na condução do caso durante a supervisão, quando um técnico colocou que *"faltou território"* (sic). Nesse sentido, observou-se que faltou acolhimento e reconhecimento às necessidades do caso, uma vez que a relação de rejeição da mãe ao comportamento da filha estava colocada desde sua chegada ao serviço, e muito pouco se fez para trabalhar essa diferença, de forma a implicar familiares na construção em conjunto de projetos terapêuticos, que fizessem interagir pessoas, recursos e contextos, em vez de estar no CAPS como terapia.

Assim como o olhar de estranhamento da mãe, o olhar do serviço enxergava a doença, algum grau de retardo mental que havia junto à psicose, deixando de construir respostas terapêuticas que implicassem familiares, vizinhos e recursos do território na ampliação da rede de relações para a aceitação e promoção da diferença. Em outras palavras, a hospitalidade oferecida pelo serviço deixou de mobilizar *"uma quantidade maior de energia humana e recursos institucionais"* (DELL'ACQUA, 1991: 65).

A capacidade de responder de forma diversa às situações de crise insere-se no conjunto das práticas desenvolvidas nos serviços substitutivos como capacidade cotidiana de sustentar a atenção à crise, a partir do exercício do trabalho em equipe, e pela elaboração de novas formas de articular tutela, direitos e responsabilidade (NICÁCIO, 2003).

O entendimento da complexidade envolvida nas situações de crise demanda dos serviços fortes a criação de estratégias de contato, pautados na possibilidade de transformação da intervenção violenta, ressignificando os conflitos em direção a invenção de saúde. A base para tais possibilidades constitui-se na relação de contrato e de reciprocidade com o usuário, e depende da disponibilidade da equipe para situações

que desafiam novas formas de comunicação entre os envolvidos, "*sem protocolos de intervenção pré-constituídos, ou mesmo 'equipes especiais' de intervenção"* (DELL'ACQUA, 1991: 61). Ao contrário, lidar com a crise requer permitir a entrada em cena de todos que participam do contexto relacional dos usuários.

O caráter inventivo envolvido no lidar com as situações de crise obriga o serviço a desenvolver sua flexibilidade, onde se faz necessário "*tatear formas de aproximação, escutar as modalidades de comunicação do usuário, perceber as brechas de entrada, criar pontes de contato. Outras situações requeriam agilidade, coordenação rápida das ações dos trabalhadores"* (NICÁCIO, 2003: 238). Na experiência dos NAPS de Santos, muitas vezes as situações de crise tinham como desfecho a geração de novos contextos relacionais que transformavam a relação do usuário com seu contexto de vida e com as instituições do território.

De maneira geral, encontra-se presente nos discursos dos profissionais entrevistados a visão de que a forma de o serviço lidar com a crise é ruim, o que é acentuado pela falta de condições materiais. Evidencia-se também o mau funcionamento em equipe e o medo dos profissionais em lidar com o paciente em crise e articular possibilidades de atuação que substituam a internação.

> *"Nenhuma crise é igual à outra. Tem a coisa do improviso, porque não tem um aparato, assim 'Olha, lidar com a crise é desse jeito, temos esses instrumentos'. No hospital até tem o enfermeiro que sabe conter, as faixas, mas a gente no CAPS não tem isso. A gente sente muita falta de ter algum aparato pra lidar com isso, de não ser tão de sobreaviso, de ter alguns procedimentos. (...) Acho que todas as situações com que a gente lidou por aqui foram situações que precisaram realmente de internação, mas eu acho que deve ter umas crises que dá para você manejar e depois conseguir continuar aqui no serviço"* (T2).

> *"Acho que precisava praticar um pouco mais com a crise aqui dentro. A vida aqui dentro desse serviço inibe ainda muito mais a disponibilidade dos profissionais de segurar uma crise aqui dentro. Precisava não a mesma estrutura que o hospital tem, mas o mínimo de estrutura pra poder ficar com uma pessoa que está de fato agitada. Porque assusta, né?, ameaça de bater, fica falando sem parar, não ouve, fica totalmente por fora do circuito. Isso inibe muito da gente*

fazer uma abordagem quando a pessoa está nessa situação. (...) As pessoas chamam logo a ambulância. Muito rapidamente, é a 1ª coisa que se pensa. Você pode tentar fazer outras coisas, você pode chamar a ambulância e paralelamente ir tentando abordar essa pessoa. (...) Tem situações com colegas onde a gente ficou lá embaixo e as pessoas olhando da escada de cima. Tendo ou não tendo infra-estrutura, duas junto é melhor que chegar sozinha" (T3).

"A gente propõe um esquema alternativo. Acho que os CAPS, o nosso aqui, a gente não quer ser chamado de um serviço substitutivo. A gente tá longe disso. A gente ainda é uma coisa mais ou menos alternativa, no sentido que a gente não substitui o hospital, a gente recorre à internação com muita freqüência. Então não há essa coisa da apropriação do espaço." (T3)

Para outro profissional entrevistado, a forma como o CAPS lida com a crise está relacionada à organização das práticas do serviço e seu reconhecimento enquanto alternativa à internação psiquiátrica.

"O CAPS se expõe muito pouco a isso, acho que em parte por conta desses equívocos teóricos (...) O CAPS desperdiça situações agudas que poderiam ser tratadas, medicadas. Pensar esse cotidiano nesse sentido. Em outros serviços o cara vinha todo dia, você se comunicava com o pessoal que ia estar no outro dia, se o cara não tomasse o remédio em casa tomava no serviço. Se não tomasse tinha um corpo de funcionamento diário do serviço que permitia que essa crise fosse acompanhada ali, no cotidiano" (T4).

"Depende de cada equipe, de como o serviço se organiza. (...) Acho que essa é e a questão da relação com o território, o cara ao invés de ir pra emergência, vem pro serviço porque ele sabe que pode ser resolvido ali ou acolhido, esse sofrimento foi acolhido e foi conduzido de alguma forma. Então é nesse sentido, o cara vem ao serviço e tem um investimento e alívio desse sofrimento (...). Se você acolhe esse cara no sentido de o cara estar aqui, estar protegido, estar alimentado,

> *ter um alívio pra isso (...) Você tendo a possibilidade de construir isso, é muito produtivo pra forma como o cara conduz e o efeito depois. O cara ao invés de ir na emergência vai buscar ajuda no serviço, ou percebe que tem uma outra possibilidade de condução que não é essa da internação."* (T4)

Evidenciou-se que a forma como o CAPS lida com a crise guarda relações com a orientação teórica que organiza suas práticas e com o movimento de sair para atuar nos espaços de vida dos usuários.

Durante a supervisão da equipe, uma discussão a respeito de como proceder em relação a um usuário do serviço, que estava em vias de ter uma crise, demonstrou um certo uso da clínica como orientador da lógica de funcionamento do serviço, em detrimento de uma tomada de responsabilidade em relação ao caso, como ação de prevenção a uma iminente situação de crise.

Quando um psiquiatra relatava suas dificuldades em lidar com as tentativas do pai do rapaz em conversar com ele, a equipe apontava várias coisas no sentido de como o pai era ausente. Apenas um técnico entendia que se fazia urgente uma visita à casa do paciente, para evitar que a situação se agravasse e ele fosse internado. Nesse momento surgiu uma discussão na reunião de equipe quanto à maneira de proceder com o caso, pois para o restante dos profissionais a visita domiciliar não teria o resultado esperado, que seria fazer a família e o rapaz passarem a freqüentar o CAPS. Uma visita já havia sido feita em outra ocasião, e o resultado poderia ser a família *"começar a receber o CAPS em casa"* (sic), e não fazer o movimento de se colocar em frente ao filho, o que desobrigaria o pai de tomar uma postura mais ativa diante da situação. Nesse momento notou-se que parece haver um pensamento de que se tiver que internar por crise, que seja. De fato, isso foi o que aconteceu com o rapaz, que começou a ficar mais agressivo com os pais, vindo a pedir sua própria internação.

Este modo de conduzir a relação com o paciente e sua família faz com que a construção da clínica trabalhe com forças centrípetas, onde se procura trazer a clientela para o interior do serviço.

É nos momentos de iminente situação de crise que os operadores dos Centros de Saúde Mental italianos saem ao encontro do paciente, nos seus lugares de vida, para evitar o aumento do seu sofrimento e do sofrimento de todos que o cercam em seu ambiente. Busca-se ampliar estratégias de aproximação e constituem-se tentativas que

> *"manifestam constantemente à pessoa a atenção, a oferta de ajuda; deste modo, o serviço tende a entrar em uma relação de reciprocidade tal que permita, mesmo de forma conflituosa, construir em torno à pessoa um ponto de referência real em direção ao qual esta possa orientar as suas ações e o seu comportamento"* (DELL'ACQUA, 1991: 61).

A capacidade do serviço em atuar como substitutivo do referencial psiquiátrico se baseia também na atuação dos operadores. Afinal, só quando estes se reconhecem e se reconstituem enquanto instituições ganham a possibilidade de fazer um trabalho terapêutico voltado para a reconstrução da vida cotidiana das pessoas, que se dá em conjunto com sua inclusão como atores sociais (ROTELLI ET AL, 2001). Ocorre assim uma desinstitucionalização da noção de tratar, na medida em que a clínica transforma-se na criação de estratégias de emancipação social. Uma vez que a pessoa é concebida em termos de uma existência-sofrimento em relação ao corpo social. Esse entendimento rompe com a concepção do sujeito a partir de sua comunicação perturbada, ou qualquer outra concepção de sua problemática em termos de sintoma psíquico.

A clínica inventada a partir de então é feita de serviços, constitui-se numa teia de cuidados, como um tecido que se articula no território das engenharias sociais, promovendo sociabilidade, sentido, interferindo no cotidiano da produção de vida, onde se produz opressão e riqueza (NICÁCIO, 1994).

De outro modo, a hegemonia de uma dada orientação clínica em detrimento da liberdade de confeccionar respostas para cada situação, aparece no discurso de um T como fator responsável pela restrição da forma de construir a prática do Centro, que dificulta sua relação com o exterior.

> *"É como se estivesse fazendo uma prática que ela é super avançada, mas com conceitos que essa própria prática combate o tempo todo, que é essa disputa teórica, essa questão de ver esse sujeito só a partir de um olhar, de um saber, de um campo de saber. (...) Então é como se a mudança no social só pudesse vir a partir da mudança subjetiva do sujeito. Acho que é assim 'Não, não vamos dar a cesta básica porque isso vai diminuir a capacidade do cara lutar'. Eu acho isso uma generalização"* (T4).

A concepção de sujeito na dimensão da Luta Antimanicomial, para Lobosque (2001) não está ligada a concepções subjetivistas ou psicologizantes, mas leva em consideração a subjetividade numa luta política. Construir uma sociedade sem manicômios é um projeto voltado à cidadania, na relação entre loucura e sociedade.

Uma aproximação à importância de compreender uma outra clínica aparece na fala de um técnico como sendo um instrumento que redimensiona a relação entre serviço e clientela, constituindo-se

> *"Um material muito rico de compartilhamento, de solidariedade entre as pessoas, de grupo de família criar alternativas para melhoria pra vida do CAPS, fazer um mutirão para consertar a casa de alguém, fazer uma festa para arrecadar alimentos. São coisas que têm papel clínico importante nessa mudança, porque é também uma mudança de relação (...) São campos de ação do CAPS que podem produzir uma clínica diferente. Levar em conta que o cara tá num cenário social radical, e isso aumenta muito mais a desvantagem dele, o cara lá tendo que problema psíquico for. [...] A clínica do CAPS não é o empobrecimento que o serviço tem que dar tudo, mas tem que se ocupar de algumas coisas e tentar transformar isso numa articulação social também, o quanto que isso também é um instrumento clínico [...] Pode ser instrumento o fato de você acolher um paciente num momento de crise e fornecer almoço, fornecer uma acolhida, no sentido do que isso tem de resposta afetiva, de reconhecimento de uma necessidade do cara. Acho que esse é o papel, desde que você não faça disso uma coisa burocrática"* (T4).

Nesse ponto a clínica impele a trabalhar no território, ao articular intervenções da ordem da assistência social, na medida em que o tratamento do paciente requer o envolvimento de parcerias que venham a possibilitar uma clínica, processo que busca implicar tanto o sujeito quanto vizinhos, parentes, programas e movimentos sociais na problemática do sofrimento psíquico.

Para Lobosque (2003) a clínica antimanicomial é uma clínica política, que retira a prática *psi* do seu investimento narcísico, para ir em direção a um outro empreendimento social, não pautado na prática de ajustamento à normalidade. Trabalha-se para construir de outra maneira a presença da loucura entre nós. Por isso, a clínica

não ocupa o lugar central, não é o eixo organizador das ações e estratégias de um serviço substitutivo. Constitui-se em mais uma frente de ação a serviço da luta pela autonomia e independência das pessoas.

Porque a ruptura com a clínica tradicional amplia-se ao território, à inserção social, faz-se mister lutar contra o domínio de qualquer disciplina e qualquer saber que constitui a instituição. O hospital psiquiátrico e sua abordagem se extinguem pela ultrapassagem do modelo clínico que serve à exclusão social, quando se articula uma abordagem das experiências da loucura que trabalha pela sua presença e produção no espaço da cultura. Constitui-se por isso num movimento social de Luta Antimanicomial, que luta em conjunto com outros segmentos da sociedade civil organizada, pela transformação estrutural da sociedade (LOBOSQUE, 2001). Configura-se, portanto, como um movimento que participa de uma luta política, por trabalhar com as forças da sociedade, inventando novas subjetividades.

A mudança na dimensão da clínica acontece quando os profissionais do serviço ultrapassam a postura de terapeutas, o âmbito técnico e uma única forma de fazer clínica, e passam a se compreender enquanto atores sociais, o que conduz à atuação no território (AMARANTE, 2003).

3.3. A Relação com o Território

O território surge em meio a essas críticas como um desafio, quando se enxerga que a clínica implica em *"criar opções, criar direções"* (T4), em que os confrontos são necessários. Nesse sentido o CAPS tem um exercício democrático importante, do qual não se pode fugir.

A intervenção precisa chegar às instâncias reais e imaginárias onde se disseminam a norma e a exclusão, e se passar no âmbito da política, do direito, das legislações, do trabalho e da cultura. Colocar-se assim em movimento, articulando-se no convívio entre as pessoas, o que Santos (1988) chama de "território da vida", território onde se dão as trocas materiais e simbólicas e as relações sociais.

A noção de território vem a conformar a direção do serviço, indicando sua capacidade para abrir-se à transformação de suas práticas, uma vez que trabalhar no território só se torna possível quando todo um conjunto de transformações na forma de atuar em equipe, na constituição da clínica, na política e na relação com a cultura estão presentes nas construções cotidianas do serviço.

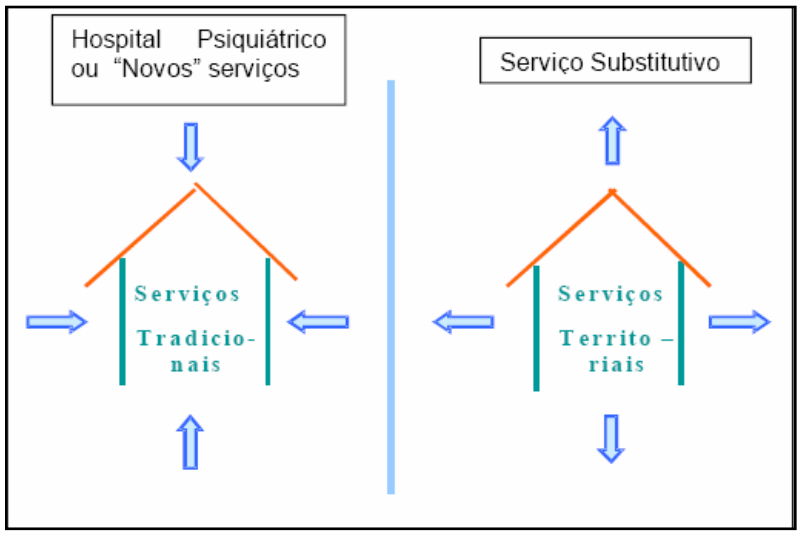
A partir das experiências triestina e santista de construção de serviços substitutivos, a concepção de território torna-se o diferencial na orientação do serviço. É a atuação em direção ao território, lugar onde se dá a produção de vida, onde se constrói a rede de relações sociais, que traz de volta o pertencimento humano às trocas e aos códigos, quando possibilita investir concretamente a vida e o sofrimento do paciente. Por isso, a incorporação da noção de território pelo serviço, e o alcance das questões que implica, indica a assimilação de mudanças concretas, ao mesmo tempo na sua dinâmica e em relação à sociedade.

A relação com o território é para onde deságuam todas as transformações ocorridas no interior do serviço. Na medida em que o serviço mantém suas portas abertas para usuários, familiares e sociedade sem se colocar na posição de controle, ou numa posição técnica, inventa relações, adquire novas capacidades de construir outra cultura. A dinâmica do trabalho conduz a uma relação com o território em que se fazem as forças da exclusão. A concepção de território, para Anaya (2004), é a base que articula e propicia a realização dos princípios que conduzem à reinserção social. É no território, trabalhando pela constituição de novas relações e novas possibilidades para a pessoa em sofrimento mental, que se produz a invenção de vida e de saúde.

O território torna-se a base das intervenções do serviço substitutivo, sendo ao mesmo tempo ator e objeto de ação, na medida em que é nos espaços de vida, de circulação e de troca que se amplia a sociabilidade, e se promove o enriquecimento dos recursos tanto dos sujeitos quanto da comunidade.

Dessa forma, a ação do CAPS no território é uma *"estratégia de desinstitucionalização"* (AMARANTE & TORRE, 2002), ao tornar-se espaço dinâmico que pode operar transformações na sociedade, assim como nas instituições. Esse investimento na reprodução de subjetividades constrói novas relações entre a pessoa e a sociedade, aos poucos desmitificando a figura do louco como perigoso, delinqüente, marginal, ao estimular seu acolhimento pelos atores sociais. A mudança de cultura alcançada é a verdadeira desinstitucionalização, que permite a convivência em sociedade, sem que com isso se pretenda a normalização da loucura.

Assim sendo, é considerado de base territorial o serviço que constrói com os diversos atores, técnicos ou não, estratégias e formas de intervenção não centralizadas na instituição, e que a partir dela aponte ações para fora e não para dentro:



(AMARANTE, ANAYA & MENDES, 2002 *in* ANAYA, 2004)

A capacidade de permanecer de portas abertas às necessidades da demanda e do território faz do serviço não uma instituição fixa, mas uma instituição flexível, apta a acompanhar o fluxo de valores, de movimentos necessários à inserção social. Uma vez que o território é dinâmico e comporta uma luta de forças, por ser o território das relações sociais, das redes de trocas, palco das disputas de poder (SANTOS, 1988).

Assim como o território é vivo, o CAPS precisa também se relacionar com essa dinâmica, e por isso ser catalizador de relações sociais. Nesse sentido, Rotelli (2001: 95) entende que um bom indicador da capacidade substitutiva de um serviço vem de um funcionamento que promova a circulação de pessoas, modos de ser, e a afirmação das subjetividades, um serviço em que as relações ultrapassem a dependência da instituição, dando-se a céu aberto:

> *"Não existe para mim um centro de saúde mental mais bonito do que um mercado no Senegal ou em Marrocos. Quero compreender melhor o porquê, mas é certo, existe o fato de que as classes sociais se misturam, trocam, os indivíduos se olham, jogam e trabalham (e podem ser também muito loucos). É um dos poucos lugares, um bom mercado, onde o corpo social se reconhece, existe inteiro e é difícil para todos fugir do fascínio de seu turbilhonamento (do mercado e do corpo). Onde nos singularizamos através da participação."*

Na formulação da pergunta da entrevista evitou-se usar o termo "território", para verificar já de início se essa noção aparecia espontaneamente na fala dos entrevistados,

o que evidenciaria o quanto está presente de forma significativa na concepção que fazem do trabalho do CAPS. Os termos “trabalho extra-muros” e “trabalho externo”, este último utilizado na pergunta, foram usados nas respostas de maneira geral, com predominância sobre o uso do termo território.

Pode-se dizer que o entendimento que traz a relação do CAPS com o território é a fala de que *“A gente tá tentando fazer esses trabalhos mais externos”* (T1). A parceria com o PSF é considerada por este profissional como

> *“O trabalho mais externo que a gente tem hoje. É não só receber os casos aqui, como a gente tem vários profissionais aqui da unidade que já inclusive fizeram visitas dentro das comunidades, mesmo comunidades mais violentas”* (T1).

O trabalho consiste na recepção de casos levados pelas equipes de saúde da família ao CAPS, e na efetuação de visitas domiciliares nas comunidades mais pobres e violentas, quando permitido pelo clima da região, e dependendo das peculiaridades de cada caso. Essa experiência é lembrada como a mais importante porque possibilita apoiar tanto as equipes quanto os pacientes quando possível, e dessa forma pode-se promover uma mudança na relação entre paciente e sua família.

> *“Aconteceu um caso em especial, de uma moça que freqüenta aqui hoje, que estava muito grave na comunidade, que foi trazido pra cá. Essa moça não conseguiu chegar até aqui, existia uma situação de risco, e aí a gente fez uma parceria com o PSF, e uma médica daqui da equipe, e uma enfermeira foram até lá, fizeram uma visita em conjunto com o médico do PSF. E hoje essa moça trabalha. Foi importante até pra dar um outro lugar a essa moça na família, porque a família não sabia muito o que fazer. E a postura do PSF também, quando eles se sentiram acolhidos pela equipe, a própria equipe do PSF conseguiu acompanhá-la muito mais de perto. Eles sempre davam retorno pra gente. A família quando tinha alguma situação recorria ao PSF, o PSF ligava pra gente. Então foi uma rede construída interessante, em torno dessa paciente”* (T1).

Essa fala mostra o quanto se tem consciência de que o trabalho do CAPS em articulação com outros atores pode mudar a percepção que se tem do sofrimento mental, a começar da própria família. No entanto, é freqüente nas falas da maioria dos entrevistados a menção à carência de recursos, que lhes dificulta sair do ambiente de trabalho, apesar do reconhecimento de que o CAPS deve atuar no território:

> *"Por conta de férias de profissional, a equipe fica desfalcada, (...) a equipe acaba assumindo as outras funções e essa possibilidade desse pé na rua acaba não acontecendo. É uma cilada também, que os CAPS têm que ter o cuidado de sair, porque o trabalho te toma, né?, tem casos muito graves que se deixar você fica só dentro do CAPS! E a idéia é estar ocupando espaço no território. Então esse é um desafio"* (T1).

Observou-se que o trabalho no território não é ainda organicamente incorporado ao CAPS. Apesar do reconhecimento por parte de alguns profissionais de que há que se trabalhar externamente ao centro, no dia-a-dia, contudo, essa direção de trabalho perde espaço facilmente para uma dinâmica interna de funcionamento, voltada para o atendimento individual e para as oficinas e grupos terapêuticos.

> *"Esse trabalho extra-muros, digamos assim, é uma realidade em que os serviços de saúde da rede pública não estão muito acostumados, então eu acho que existem coisas a serem buscadas, construídas mesmo. (...) A gente tem mais é que buscar esse caminho fora do CAPS porque tem muita coisa ainda pra ser feita, e que a gente em função de toda essa dificuldade que encontra de infra-estrutura, às vezes a carga horária, às vezes falta profissional e tudo, a gente tem dificuldade de estar lá fora fazendo esse papel"* (T5).

Os entrevistados que não mencionam a noção de território em seus discursos consideram que há trabalhos externos sendo realizados, identificados às ações de geração de renda e esporte e lazer. A relação com o exterior, no entanto, ainda se reduz às iniciativas pessoais de alguns poucos profissionais, que procuram trabalhar com algumas instituições localizadas no território, estabelecendo parcerias para venda de trabalhos confeccionados pelos pacientes.

> *"Tem uma outra linha de trabalho externo, que é a geração de renda, que é uma coisa que tá muito legal. É uma coisa que é o T2 que acompanha muito de perto esse trabalho. Então os usuários produzem produtos aqui, bijuteria, e agora estão produzindo mosaico. Estão vendo se vai vender ou não, ainda tão num processo de discussão, mas desse escoamento da mercadoria. O T2 tá sempre muito envolvido com eles. Ele freqüenta a reunião do SESC-Parcerias, então têm vários eventos na área, produzidos por esse SESC-Parcerias. Já teve evento em universidade, evento na FIOCRUZ, evento no Fundão, e sempre a gente organiza de ir com esses usuários da geração de renda, montar lá a barraca da bijuteria"* (T1).

> *"Tem algumas pessoas que têm mais disponibilidade pra isso e outras não (...) Quando eu estudei esses projetos, é justamente isso, essa ida, esses contatos que você consegue fazer na rede, esses outros recursos que também são terapêuticos, além dos serviços. Essa é uma coisa que me interessa muito, eu tenho tentado. Tem outras pessoas que eu acho também, não todas, mas eu acho que tem a ver com isso, da disponibilidade de cada profissional. É algo que tá no projeto, mas que na prática precisa de disponibilidade pra isso. (...) Esses contatos têm se dado mais por trabalho, pela questão do trabalho, que a gente tá nesse projeto de vendas, procurando junto com eles lugares na comunidade onde a gente possa estar levando pra expor os produtos. E pelo lazer. Tem os passeios que acontecem. A gente tem tentado esses contatos com lugares onde a gente está podendo oferecer pra eles outras atividades que a gente não pode* [oferecer]" (T2).

Alguns técnicos entrevistados apontam que há necessidade de se posicionar de outra forma no território, o que revela que há uma preocupação com essa dimensão na construção do trabalho do Centro. O questionamento de que o CAPS possua de fato um trabalho no território vem a partir da consideração de que a ação no território é mais do que a presença física do serviço na região.

O discurso de um profissional, particularmente, chama atenção para uma necessidade de entender o trabalho fora do CAPS a partir da ótica da inserção social, e reconhece que uma atuação nesse sentido ainda é incipiente no CAPS.

> *"O fato de estar na rua com eles não significa que é externo, no sentido da troca. Quando você pensa num trabalho externo, você pensa em ações facilitadoras da integração, da mistura do maluco com o normal. (...) O fato de você estar lá fora com eles não significa que eles estejam integrados. Isso também é uma construção. Se de repente a gente só coloca eles pra vender, a gente não incentiva uma crítica a respeito disso, em espaços onde tem coisas de valor, por exemplo, só vai vender nos fóruns de saúde mental, a gente não pode achar que isso é o externo propriamente dito. Tem que trabalhar perseguindo uma meta de que o externo é o cara poder pôr a barraquinha dele, ou ser um ambulante como um outro, com as dificuldades que ele tem. A gente tendo que ajudar da forma que ele precisa, mas não estar tão dependente de situações como essas. Aquela coisa do Grêmio Recreativo é super importante. Ficar circulando num clube aonde vai todo mundo do bairro, isso é uma coisa espetacular. A possibilidade de ir pro clube não pode estar ligada a uma preceptoria. Não é fácil, mas seria uma coisa super importante dar seqüência. Não sei nem em que pé está"* (T3).

O trabalho externo, para este T precisa avançar mais, para chegar à possibilidade de convívio social, fora da proteção institucional. Não deve ser uma atividade em si mesma, mas uma atividade produtora de sentido. Para Lopes (1999) importa que as atividades sejam promotoras de *"agenciamentos de vida"*, como ocorre quando a produção de um determinado objeto se dá em conjunto a produção de sentidos à vida de seu autor. O trabalho qualifica a vida ao abrir para novas relações, no exercício de ser sujeito de seu próprio destino, o que passa pelo exercício da crítica sobre o processo de trabalho, e do acesso ao direito de ter um trabalho (ROTELLI, 1998).

Os inúmeros projetos de inserção no trabalho, na perspectiva santista de transformação da assistência psiquiátrica, de acordo com Nicácio & Kinker (1997), possibilitaram a efetivação da tutela como direito à saúde, resgatando-a enquanto momento de emancipação. Voltados para a reabertura à diversidade, criaram-se espaços

para a produção de autonomia e inserção social, permitindo que “novas subjetividades” entrassem em cena.

O território surge como espaço de eclosão dessas novas subjetividades, onde se dá a reconstrução dos direitos de cidadania. As “novas instituições” produzidas tomam como ponto de partida a ampliação dos espaços, das possibilidades de expressão subjetiva e das redes de trocas sociais, e têm como ponto de chegada a inscrição na cidadania das pessoas com sofrimento mental. Em outras palavras, desfaz-se a homogeneização da relação do tutelado em direção à singularização, organizada numa forma de cuidar embasada no reconhecimento do poder contratual dos sujeitos, que permite a ampliação de suas relações.

O trabalho no território consiste, assim, na criação do sentimento de pertencimento e de implicação dos sujeitos em relação a uma rede de relações. O papel dos profissionais passa a ser facilitar a invenção de espaços reais que possibilitem o trabalhar, o habitar, o aprender, o criar:

> “*A equipe de profissionais tem um lugar de mediação de relações e de, junto com os usuários, construção de condições subjetivas, materiais, sociais e culturais que possibilitem essa inserção*” (NICÁCIO & KINKER, 1997: 168).

A geração de renda inscreve-se na dimensão da reabilitação social, compreendida por Saraceno (1996) enquanto um processo de reconstrução e exercício pleno de cidadania, que envolve o aumento da contratualidade dos sujeitos nos cenários habitar, rede social e trabalho com valor.

Cumpre atentar que a geração de renda e a valorização do trabalho precisam compor forças com os movimentos sociais, envolvendo atores fora das instituições, para que se alcance a inserção social de seus usuários. Essa integração faz sentido quando se tem em vista que as transformações precisam alcançar a forma de relação entre loucura e cultura. Não se trata apenas de possibilitar que os usuários adquiram poder de compra ou capacidade de produção de bens de consumo. É preciso que tais atividades possibilitem a reconstrução da subjetividade de cada pessoa, que sejam atividades disparadoras de sentidos em suas vidas, junto com a desconstrução dos mecanismos de marginalização da loucura.

A geração de renda e o trabalho de vendas de produtos precisam assim fazer alianças com os recursos da sociedade, saindo da proteção das instituições ligadas mais

diretamente ao governo, e chegar à inserção pelas trocas sociais. Dessa forma, juntamente com a ativação de recursos, trabalha-se para a modificação das resistências culturais, a negação dos direitos e para a invenção de novas instituições. Trabalha-se para a construção de um novo pacto social, que cria campos de troca entre os diversos segmentos da sociedade, e interfere nos processos de exclusão social, além de possibilitar uma nova ética, *"em cujo espaço seria possível reciclar tudo aquilo que seria descartável na lógica de uma sociedade excludente"* (BARROS, 1994: 103).

Apenas um T menciona o território em sua concepção do que seja o trabalho fora do CAPS, entendido enquanto *"espaço subjetivo"* (sic), o que implica que os profissionais precisam trabalhar conforme as necessidades da pessoa, em atenção às circunstâncias do sofrimento mental, que a deixa em desvantagem em relação ao funcionamento da sociedade. A inserção no território é ainda na sua opinião prejudicada pela orientação teórica, que impede o serviço de se organizar para a atuação no território.

> *"Eu acho que essa coisa da inserção no território, do modo de lidar com a questão da loucura, (...) às vezes esses campos, essas outras possibilidades se perdem. Eu vejo [o CAPS] às vezes muito fechado em torno de uma prática, em torno de algumas questões teóricas, e pouco atento a essa questão do território. Eu acho que esse CAPS não tem uma relação com o território, apesar de se falar que tem. Ele não se relaciona com questões que são importantes do território. Não basta ser CAPS e estar num determinado lugar para estar no território. (...) Tem que melhorar muito, em relação a essa noção de território, ainda está muito presa a essa coisa espacial, o território como uma coisa, como o espaço, não como espaço subjetivo onde também tem que ter intervenção. Por exemplo, em outro serviço a pessoa pegava o telefone ligava pra área médica e marcava consulta, e ia-se lá na hora com o cara, alguém, o médico, dependendo da situação, pra discutir. Isso é ocupar esse espaço, é estar sustentando esse trabalho em outros campos. Não só, estar levando em conta uma diferença que é marcante, o cara está em desigualdade"* (T4).

Apesar de toda a crítica à forma de atuação dos colegas por parte destes entrevistados, em campo não se observou que estes técnicos se esforcem para ter uma atuação no território, se atendo aos atendimentos e trabalhos de grupo e oficina desenvolvidos dentro do CAPS, ou realizando apenas visitas domiciliares e atendimentos individuais.

Para Nicácio (1994: 97) o trabalho territorial é construído na articulação de ações diretas e indiretas, abrindo espaços para a ressignificação do fenômeno da loucura e o reposicionamento sócio-político do paciente na sociedade. As ações diretas compreendem visitas domiciliares, vínculos com familiares, e diálogos com a vizinhança e pessoas do bairro. De forma indireta articulam-se intervenções com as instituições que tecem o território, em que se procura abrir o diálogo com movimentos organizados, espaços culturais, de lazer, e de esportes, como também intervir junto às instituições que fazem fronteira com a psiquiatria – como as sócio-assistenciais, sanitárias, de ordem pública, justiça, política etc. – onde se procura confrontar as resistências e ampliar as oportunidades de intervenção sobre a relação com a loucura.

Percebe-se através da observação participante, assim como pelas falas dos profissionais entrevistados, que o serviço pesquisado tem-se utilizado tanto de iniciativas diretas como indiretas. São realizadas visitas domiciliares, acompanhamento aos pacientes internados em instituições psiquiátricas, viabilização de atendimento na rede de saúde, além de passeios, e negociações com instituições de lazer, educação, trabalho, e da rede de saúde, como ambulatórios de saúde mental da região nos casos de referência e contra-referência.

Essas ações encontram-se distribuídas entre alguns técnicos, à exceção dos atendimentos clínicos e visitas domiciliares, que são realizados por todos. No entanto, nisso a observação participante mostrou-se insuperável, foi sentida a falta de um envolvimento pessoal e de equipe no desempenho das ações. Aquelas que requeriam maior envolvimento com as questões de cada caso, ou que demandavam disposição em agenciar encontros fora da rotina do serviço, implicação nos conflitos e elaboração em conjunto de respostas criativas à demanda, ou garantir sustentação às necessidades sociais e redes de relações não centralizadas na instituição, não ocupavam tanto tempo nas discussões dos casos durante a supervisão de equipe.

Nesse espaço procurava-se passar em revista o andamento e as dificuldades de cada caso, atendo-se às dificuldades na sua condução do ponto de vista de certa leitura clínica, em detrimento da compreensão de que a atuação dos profissionais, e do próprio

centro, pode recompor uma clínica que venha a alcançar uma *"relação estratégica nos espaços"* (TORRE, 1999).

Nesse sentido, notou-se menor posicionamento dos profissionais em processos que ampliam a entrada dos usuários nas redes sociais, ou que possam mediar novas leituras do sofrimento psíquico ao propiciar o contato com vizinhança, movimentos sociais, ações culturais. A começar pela transformação no lidar com os usuários para além de uma postura técnica, didática, para relacionar-se com a pessoa, com o cidadão, valorizando a dimensão afetiva e política.

Para Nicácio (2003: 254) o trabalho no território é mais que o deslocamento do *locus* de intervenção: significa romper com os muros reais e imaginários *"que se produzem cotidianamente nas formas de conhecer e de interagir com a demanda."* É na forma de se relacionar com usuários, familiares, vizinhos e instituições que se colocam em prática outros processos de produção de sentido, de valores e de cultura que configuram o trabalho territorial.

A partir do momento em que a relação com os usuários se amplia ao reconhecimento de suas necessidades, torna possível a participação da equipe nos contextos reais de vida da clientela, implicando por sua vez diversas pessoas na invenção de redes de trocas e de suporte para projetos com os usuários, que refazem redes sociais e articulam diferentes atores, responsabilidades e potenciais de ação. Nesse ponto, Nicácio (2003: 256) atenta para que a ação territorial é um indicativo da amplitude do serviço substitutivo, ao entender que *"também na produção dos serviços no território, a mobilização das pessoas expressa a qualidade e a complexidade da transformação em curso."*

A ideologia antimanicomial não compareceu nas falas dos técnicos, o que indica a ausência da dimensão política nas ações empreendidas pelo CAPS. O 18 de maio, dia nacional de luta antimanicomial, data símbolo da luta por uma sociedade sem manicômios, que ultrapassa a dimensão técnica e situa-se como um movimento social em defesa da convivência da loucura na sociedade, não gerou nenhuma discussão no serviço. Em menção à data, foi dito que uma discussão que prepararia alguma comemoração aconteceria na última assembléia, que, no entanto, foi tomada pela discussão sobre a saída da assistente social de forma abrupta, quando da convocação do executivo para que todas de sua classe retornassem imediatamente à Secretaria de Ação Social. Por isso, a data seria comemorada na semana próxima, o que não veio a acontecer.

Este foi um ponto que chamou atenção logo no início do trabalho de campo, e levou a pensar no que move o serviço. O que se percebe no ambiente é que não há mesmo uma ligação com a data forte o suficiente para provocar alguma manifestação com relação ao 18 de maio. Pode-se pensar em uma ausência de sentido desta data, para as pessoas que convivem ali, pois nem pacientes, familiares ou técnicos expressam uma ligação com ela que evidencie um significado vivo sobre sua importância.

Essa observação comporta um dado que fala do distanciamento do CAPS do movimento a que ele supostamente deveria se vincular. Oriunda da vontade de trabalhadores e da população no Movimento da Luta Antimanicomial (AMARANTE, 2001), tal data é administrada e desapropriada pelos atores no serviço pesquisado. Há uma ausência de sentido instalada num dispositivo supostamente criado para promover o fortalecimento das relações entre a população, os trabalhadores, e a cultura que se tem sobre a loucura.

Nesse dia no final da tarde houve uma programação da prefeitura, em que vários CAPS e outros serviços de saúde mental colocaram barraquinhas, com apresentações artísticas num palco armado em uma praça na zona sul da cidade, onde habita uma população de nível socioeconômico de médio a elevado. Os profissionais do serviço também não manifestaram interesse em participar no evento.

Por tudo o que foi observado acima, a relação com o território de fato parece não constituir um diferencial no serviço pesquisado. Embora existam tentativas de construir ações fora do serviço, o eixo clínico tradicional ainda é a base da organização de seu funcionamento, apesar do reconhecimento de que há que se buscar uma atuação em seu exterior.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A criação de novos dispositivos de atenção à saúde mental constitui uma resposta ao movimento pela reforma psiquiátrica em curso no Brasil. Estes dispositivos, embora se esforcem para trabalhar a partir dos questionamentos da reforma psiquiátrica, não respondem ao sofrimento psíquico de maneira totalmente inversa ao modelo manicomial. Este ainda hoje segue justificando a exclusão familiar, a invalidação da pessoa, o abandono social e a perda de direitos.

Os chamados "novos serviços" alimentam o circuito psiquiátrico através de internações de menor tempo de duração e maior freqüência, além de não substituir a existência de internações de longa permanência.

No contexto técnico-assistencial, objeto de investigação deste trabalho, mais precisamente no Sistema Único de Saúde, a discussão dos modos de agir e pensar a saúde entoa processos de reforma do trabalho em saúde que se aproximam cada vez mais do território, do modo de andar a vida dos grupos com os quais os serviços de saúde devem trabalhar. A origem de movimento social das reformas sanitária e psiquiátrica prossegue viva na incumbência de superar o âmbito técnico e produzir saúde ao oferecer respostas sociais aos processos de saúde e adoecimento (AMARANTE, 1996).

Precisam para tanto deixar o porto seguro de se constituírem enquanto instituições, saberes instituídos, para se voltarem o máximo possível para as necessidades das pessoas. Para tanto, cumpre se abrir para a realidade do território

> *"partindo de um contexto histórico particular, refletindo tudo o que uma população produz – seus tempos, histórias, experiências pessoais, a evolução do próprio espaço territorial e da sua população, modificando a suas respostas em conformidade com os novos contextos"* (CABRAL ET AL, 2001: 138).

No CAPS pesquisado a temática da atuação territorial é pouco presente nas discussões dos técnicos, no cotidiano do serviço.

Cumpre repensar o significado da mediação do técnico nessa luta que se desenvolve no território. A começar por retomar a concepção de Basaglia, de que a desconstrução da psiquiatria carrega junto consigo a crítica ao próprio jogo social, uma vez que este concerne a tudo o que, partindo do território, repele a doença e a confia ao

manicômio. Surge por isso o impulso de *"estender as razões e os conteúdos dessa luta ao social, ao 'território' percebido por todos – não sem mitificações – como o lugar da expressão plena das contradições de classe, espaço real que tornaria mais clara a própria colocação e mais natural o resultado das alianças"* (BASAGLIA, 2005: 242).

Torna-se agora preciso retornar ao território, que é indissociável de uma cultura, enquanto conjunto das virtualidades antropológicas que negligencia ou reprime a doença, esta conduta que não se integra a uma cultura (FOUCAULT, 1988).

A partir de então a ação territorial comporta uma estratégia na modificação da relação com a loucura. É justamente essa discussão política e estratégica da relação com o território que se encontra ainda pouco presente no entendimento do lugar do CAPS, conforme observado, instituindo um serviço que se coloca como intermediário na relação com o hospital psiquiátrico.

À longínqua menção à luta pela reinserção social nos discursos dos profissionais soma-se uma confusão acerca do significado da noção de desinstitucionalização. Esta é entendida enquanto significando a retirada dos pacientes de longa permanência do manicômio, os chamados *"pacientes de desinstitucionalização"* (sic), o que se consegue com a utilização da *"bolsa de desinstitucionalização"* (sic).

A desinstitucionalização não se restringe à retirada de pacientes da instituição psiquiátrica. Ela é fundamentalmente a luta contra o que constitui a instituição, seja ela psiquiátrica ou não. Trata-se de combater uma forma de distribuição do poder e do saber que dá ao técnico a voz da razão, e ao usuário o lugar de paciente, de não-saber, e/ou de não-razão. Trata-se de dar voz àqueles que tradicionalmente encontram-se na posição de inferiorizados, e lutar pela sua liberação, uma vez que a desinstitucionalização é, em última instância, *"a luta pela liberação do homem"* (VENTURINI, 2003: 165). A desinstitucionalização é o questionamento dos lugares de produção de valores da sociedade – é uma luta política.

Primeiramente, faz-se necessário colocar em questão a própria normalização do espaço que constitui o CAPS enquanto instituição. Na grande maioria das vezes este dispositivo vem funcionando enquanto espaço organizado de maneira procedimento-centrado, de forma a que as práticas e as relações interpessoais se localizam no seu interior, numa dinâmica centrada na intervenção medicamentosa e psicoterapêutica, que tende a produzir uma cronificação dos próprios profissionais dentro do serviço.

Por detrás das falas e das ações dos profissionais encontra-se um indicativo de que, apesar do tempo de reforma psiquiátrica empreendida no país, o entendimento de que a superação do manicômio não se reduz a uma modernização da assistência, mas se

trata de uma luta contra os mecanismos de controle da população, precisa ser melhor trabalhado no cotidiano dos atores da reforma psiquiátrica. Essa percepção acerca da capacidade de invenção que um serviço precisa ter para substituir a lógica psiquiátrica ainda não chegou ao ponto de transformar suas práticas e construir um serviços de saúde mental que se coloque como substitutivo.

Conforme observado, a normalização do ambiente se liga diretamente à produção de uma rotina de atendimento dos profissionais, que deixa pouca disponibilidade quanto ao desenvolvimento de ações que quebrem a racionalidade da clínica tradicional. A padronização das práticas dá pouco espaço para invenções que focalizem o usuário e valorizem a participação de outros atores na cena da saúde mental. Faz-se necessário então repensar a forma de interagir e lidar com a demanda, onde sejam questionadas as relações de poder presentes na forma de atuação do serviço, ainda centradas no modelo que prioriza a clínica tradicional, em detrimento da atenção às necessidades e diferenças apresentadas pelos seus usuários e familiares, e ao próprio território.

Para Venturini (2003: 173), a presença de usuários, familiares, diversos cidadãos e a construção de um clima de cooperação social *"constituem-se em indicadores rigorosos da eficácia da desinstitucionalização"*. Desse ponto de vista, o serviço precisa redefinir sua prática, flexibilizar-se no exercício de seu poder, ao abrir-se para permitir o conflito dos atores e incorporar uma capacidade de negociação que considere as necessidades de sua clientela.

A necessidade de reinscrição do sofrimento mental no corpo social, a partir da perspectiva da desinstitucionalização, faz com que se considere a saúde mental um problema que precisa ser apreendido ao nível de uma comunidade. O que transforma a postura do serviço enquanto instituição, que deixa de tomar para si a resolução dos problemas para *"outorgar capacidade aos interessados"* (VENTURINI, 2003: 174). Surge o redimensionamento do lugar ocupado pelo CAPS, enquanto dispositivo que deve voltar-se para fora, orientando-se para a valorização das redes sociais.

Por tudo o foi visto, percebe-se que a produção do território se faz mediante toda uma forma de entender e fazer o CAPS. Ao propor uma atenção centrada na existência-sofrimento em relação ao corpo social, a discussão retoma a importância dos programas de saúde mental se abrirem para os valores e crenças das pessoas e grupos, o que incorpora a necessidade de um diálogo constante entre serviços e território (ALVES, 1998).

Para que se possa efetivamente assumir a demanda com todo o alcance social ligado ao sofrimento do sujeito e da coletividade, é preciso que os serviços estejam atentos às características do território, bem como às classes sociais e suas formas de organizar a vida. De acordo com Dell'Acqua & Mezzina (1991: 56), o posicionamento do serviço é tal que

> *"torna-se ponto de observação privilegiado e absolutamente único, porque é capaz de desenvolver uma observação inter/ativa, que se alonga em um espaço finito, porém extremamente complexo e articulado em sua definição, espaço este que reflete tudo o que uma população produz em termos de patologia, de mal-estar, de conflito e de distúrbio social, e que se projeta de modo linear e constante no tempo, seguindo as histórias, sua população, modificando as suas respostas em conformidade com os novos contextos."*

Esse nível de penetração no território acontece quando os serviços se organizam para acolher e trabalhar a pessoa em sua existência concreta, que impele a um trabalho permanente de inscrição na dinâmica do território, ao identificar os atores que estão relacionados às ações de reconstrução de relações com a loucura. Ultrapassa portanto iniciativas isoladas, como sair em busca de determinada parceria para alguma ação a que se pretenda realizar.

A amplitude do trabalho territorial revela como o serviço organiza uma clínica. As ações no território desenvolvidas no CAPS pesquisado são complementares aos atendimentos clínicos. A permanência na clínica tradicional faz com que se compreenda o usuário enquanto sujeito a partir de seu referencial teórico, não enquanto *"sujeito da experiência"* (AMARANTE, 2001). A partir de então coloca-se enquanto serviço que convive com o manicômio e o realimenta, quando suas práticas não alcançam a reprodução social de sua clientela.

A questão é exatamente como reorientar a assistência à saúde para trabalhar com cidadãos em seu contexto de vida, numa construção coletiva da saúde. Nesse ponto chega-se a discussão de que clínica se pretende fazer caso se busque envolver usuários, famílias e comunidade na produção de sua saúde. Entende-se que é nas comunidades que se encontram os espaços de produção da saúde, quando se pretende trabalhar com os modos construídos por seus sujeitos para enfrentar seus problemas do dia-a-dia. Sendo assim, as práticas desenvolvidas no CAPS precisam atuar considerando as

necessidades de saúde da sua clientela, sendo para tanto capital vincular-se a comunidade e constituir alianças com esta. É desta forma que se pode atuar no campo sócio-cultural, onde se dão as transformações do imaginário relacionado com a loucura, a doença mental e a anormalidade.

É importante que os técnicos se permitam repensar seu lugar de especialista no assunto, e sair da posição de detentores do saber sobre o paciente, ou sobre o serviço, pois existe o perigo de cair em mais outra estratégia de dominação, quando então tudo se torna clínica, e tudo é de domínio do técnico.

A discussão do modo de fazer o CAPS para efetivamente chegar ao âmbito do território, enquanto exercício dos modos próprios de ser dos sujeitos, precisa considerar os diferentes *"universos de valor"* (CARVALHO, 2002) em jogo. Surge a questão de como os serviços de atenção psicossocial se relacionam com as diversas construções de pessoa e de perturbação que diferem daquelas dos profissionais e das teorias psi no cotidiano dessas instituições.

Para Milton Santos (2001), a complexidade das relações sociais faz do território mais que um espaço habitado, pois não há território sem relações sociais, econômicas e de poder. Enquanto espaço dinâmico, o território é o palco onde se fazem as experiências de vida, as disputas de poder, e as redes de troca que dão sentido à existência, sendo por isso um espaço socialmente organizado – território da vida.

O território "*só se torna um conceito utilizável para a análise social quando o consideramos a partir do seu uso, a partir do momento em que o pensamos juntamente com aqueles atores que dele se utiliza.*" (SANTOS, 2001: 22). Por isso ao autor não interessa falar de território em si mesmo, mas da inter-relação da população com o *"território usado"*, um diálogo que inclui as coisas naturais e artificiais, a herança social e a sociedade em seu movimento atual.

A consideração do território, portanto, deveria ser a base de produção de uma outra política. Torna-se importante discutir a responsabilidade com as pessoas que fazem o território, e por isso conhecer as forças vivas da comunidade, o cotidiano da clientela, implicar o máximo possível de pessoas na *construção compartilhada de conhecimento* (VALLA, 1998). Isso traz um grande desafio, de compartilhar o saber das classes populares com o conhecimento dos técnicos, do saber acadêmico, constituindo uma forma de cuidar e de trabalhar a cidadania que considere as influências do território nas vidas das pessoas. É nesse cenário que o CAPS deve se inserir e considerar, para se tornar referência em situações de crise e produção de saúde.

Para Guattari & Rolnik (1986: 323) a noção de territorialidade faz do território um sentido também amplo, entendido enquanto apropriação, seja de um espaço vivido, seja em relação a um sistema percebido no seio do qual o sujeito se sente 'em casa':

> *"Ele é o conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos."*

A vivência no território pode possibilitar aos grupos organizar alianças, forças articuladoras de resistência à homogeneização imposta pela ordem social e política dominante.

Da arquitetura hospitalar, que exerce seu poder de controle e de formação de corpos dóceis pela anulação das possibilidades de existência própria, ao espaço aberto do território, o tema ainda é a convivência com um poder invisível e onipresente, e a ampliação da capacidade de singularização[4] de pessoas, e grupos. Trata-se mesmo de facilitar rebeldias cotidianas, revoluções moleculares, de refazer territórios de resistência e existência, não totalmente imunes à ordem dominante, mas poder ampliar a função de autonomização dos grupos, tornando-os mais hábeis quanto *"à capacidade de operar seu próprio trabalho de semiotização, de cartografia, de se inserir em níveis de relação de força local, de fazer e desfazer alianças, etc"* (GUATTARI & ROLNIK, 1986: 46).

A isso os operadores dos serviços substitutivos perseguem, chamando de invenção de saúde e de vida.

[4] Por singularização Guattari & Rolnik (1986) entendem a capacidade de captar os elementos da situação, de construir as próprias referências práticas e teóricas, saindo da dependência total em relação ao poder global, para ler a própria situação e o que se passa ao redor, adquirindo a possibilidade de criação e de autonomia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P.C., 1998. O discurso sobre a enfermidade mental. In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. (P. C. Alves & M. C. S. Minayo, orgs). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

ANAYA, F., 2004. *Problematização do Conceito de Substitutivo em Saúde Mental: a contribuição do CERSAM de Belo Horizonte – MG*. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

AMARANTE, P., 2005. Apresentação. *In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.), pp. 7-15, Rio de Janeiro: Editora Garamond.

_____, 2001. Sobre duas Proposições Relacionadas à Clínica e à Reforma Psiquiátrica. *In: Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências* (A. Quinet, org.), pp.103-286, Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.

_____, 2000. *Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª edição.

_____, 1998. Forças e diversidade: as transformações na saúde e na loucura. *In: Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência*. (G. Castelo Branco& L. F. B. Neves, orgs). Londrina/ Rio de Janeiro: Edições CEFIL/ NAU Editora.

_____, 1997. Loucura, Cultura e Subjetividades: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica Brasileira. In: *Saúde e Democracia – a luta do CEBES* (S. Fleury, org.), pp.163 – 165, São Paulo: Lemos Editorial.

_____, 1996. *O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, 1992. Cidadania, sistemas locais de saúde e reforma psiquiátrica. *In: Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. (M.E. X. Kalil, org), pp.89-101, São Paulo/Salvador: Editora HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde.

AMARANTE, P. e Colaboradores, 2003. *Saúde Mental: Políticas e Instituições*. Programa de Educação à Distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ. Vol 2.

AMARANTE, P. & TORRE, E. H. G., 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate: Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde*, 58: 26 – 34. Rio de Janeiro.

BARROS, D. D., 1994. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: EdUSP/Lemos.

BASAGLIA, F. (coord.), 2001. *A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

BASAGLIA, F. 2005a. A destruição do hospital psiquiátrico como lugar de institucionalização. *In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.), pp.23-34, Rio de Janeiro: Editora Garamond.

BASAGLIA, F. 2005b. Um problema de psiquiatria institucional. *In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.), pp.35-60, Rio de Janeiro: Editora Garamond.

BASAGLIA, F. 2005c. A doença e seu duplo. *In: Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. (P. Amarante, org.), pp.161-186, Rio de Janeiro: Editora Garamond.

BASAGLIA, F. et al., 1998. Considerações sobre uma experiência comunitária. *In: Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 11-40.

BIRMAN, J., 1992. A cidadania tresloucada. *In*: *Psiquiatria sem hospício* (P. Amarante & B. Bezerra, orgs.), pp. 71-90, Rio de Janeiro, Relume-Dumará.

BRANDÃO, C.R., 1982. *Diário de Campo: a antropologia como alegoria*. São Paulo: editora Brasiliense.

BRASIL, 2004. *Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas.

_____, 2002. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 2001. Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. *Ministério da Saúde*. Brasília, DF.

_____, 1992. Portaria nº 224, de 29 de janeiro de 1992. *Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

_____, 1991. Portaria nº 189, de 19 de novembro de 1991. *Ministério da Saúde*. *Secretaria de Assistência à Saúde*. Brasília, DF.

CABRAL, B., 2001. Estação Comunidade. *In: Saúde Loucura 7: saúde mental e saúde da família* (A. Jatene & A. Lancetti, orgs), pp. 137-136, São Paulo: Editora HUCITEC, 2ª edição.

CAMPOS, F.C.B., 2000. *O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos*. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CAMPOS, G.W.S., 1997. Apresentação. In: *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*. (F. C. B Campos & C. M. P. Henriques, orgs), pp. 11-13, São Paulo: Editora HUCITEC.

CAPISTRANO FILHO, D., 1995. *Da saúde e das cidades*. São Paulo: Editora HUCITEC.

CARVALHO, E.N., 2002. *A reforma, as Formas e Outras Formas: um estudo sobre construções sociais da pessoa e da perturbação em um serviço de saúde mental.* Dissertação de Mestrado em Psicologia Social. Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

CASTEL, R., 1978. *A Ordem Psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CESARINO, A. C., 1989. Uma Experiência de Saúde Mental na Prefeitura de São Paulo. In: *Saúde Loucura 1* (A. Lancetti, org), São Paulo: Editora HUCITEC.

Coordenadoria de Saúde Mental, 1987. *O Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luis da Rocha Cerqueira (CAPS).* Projeto de Implantação. São Paulo: SES/SP.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S., 2003. Atenção Psicossocial : rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In : *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial.* (P. Amarante, coord), Rio de Janeiro: Nau Editora, pp. 13-44.

DELEUZE, G., s/d. Pensamento Nômade. In : *Por que Nietzsche ?* (C. H de Escobar, org). Rio de Janeiro : Achiamé.

DELL'ACQUA, G., 1994. Curso de Saúde Mental no Território. LAPS/ENSP/FIOCRUZ.

DELL'ACQUA, G., & MEZZINA, R., 1991. Resposta à Crise. In: *A loucura na sala de jantar* (J. Delgado, org), pp. 53-79. Santos: edição do autor.

DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica.* Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

FOUCAULT, M., 1988. A constituição histórica da doença mental. In: *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

FOUCAULT, M., 1992. O nascimento do hospital. In: *Microfísica do poder*. (R. Machado, org). Rio de Janeiro: Edições Graal.

GIOVANELLA, L & AMARANTE, P., 1998. O Enfoque Estratégico do Planejamento em Saúde Mental. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (Amarante, org), pp. 113-149, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2ª reimpressão.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S., 1986. *Micropolítica: Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Editora Vozes.

GOULART, M.S.B., 2004. *De profissionais a militantes: a Luta Antimanicomial dos psiquiatras italianos nos anos 60 e 70*. Tese de doutorado, Belo Horizonte: Programa de Pós-graduação em Ciências Humanas – Sociologia e Política, Universidade Federal de Minas Gerais.

KINOSHITA, R.T., 1997. Em busca da cidadania. In: *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*. (F. C. B Campos & C. M. P. Henriques, orgs), pp. 67-77, São Paulo: Editora HUCITEC.

LOBOSQUE, A.M., 2003. *Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios.* Rio de Janeiro: Editora Garamond.

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

LOPES, I.C., 1999. Centros de Convivência e Cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: *Fim de Século: ainda manicômios?* (Fernandes, M.I.A, Scarcelli, I e Costa, E.S. orgs), pp. 139-162, São Paulo: IPUSP.

MACHADO, R., 1992. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: *Microfísica do poder*. (R. Machado, org), pp. VIII-XXIII. 10ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.

MINAYO, M.C.S., 1993. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO.

NICÁCIO, F. & KINKER, F.S., 1997. O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: *Contra a Maré à Beira Mar: a experiência do SUS em Santos*. (.....), pp. 167-177, São Paulo: Editora HUCITEC.

NICÁCIO, F., 2003. *Utopia da Realidade: Contribuições da Desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

_____, 1994. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais, São Paulo, PUC.

_____, 1989. Da instituição negada à instituição inventada. In: *Saúde Loucura 1* (A. Lancetti, org), pp. 91- 108. São Paulo: Editora HUCITEC.

NICÁCIO, F. et al, 1990. *Produzindo uma nova instituição em Saúde Mental. O Núcleo de Atenção Psico-social.* Projeto do NAPS, mimeo. Secretaria de Higiene e Saúde, Santos/SP.

NIETZSCHE, F., 1985. *Ecce Homo*. São Paulo: Editora Max Limonad.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O. & MAURI, D., 2001. Desinstitucionalização, uma outra via. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 17-59, São Paulo: Editora HUCITEC, 2ª edição.

ROTELLI, F., 2001. A Instituição Inventada. In: *Desinstitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89-99, São Paulo: Editora HUCITEC, 2ª edição.

_____, F., 1998. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. (P. Amarante, org), pp. 149-170, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

_____, F., 1992. O trabalho de saúde mental no território. In: *Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. (M.E. X. Kalil, org), pp.75-80, São Paulo/Salvador: Editora HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde.

SANTOS, M., 1988. *Metamorfoses do Espaço Habitado: fundamentos teóricos e metodologia da geografia.* São Paulo: Editora HUCITEC.

SEABRA, O., CARVALHO, M. & LEITE, J., 2001. *Território e Cidadania: entrevista com Milton Santos*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

SILVA, J.P.L, 2003. *A Desinstitucionalização e o Processo de Reformulação da Assistência Psiquiátrica no Rio de Janeiro no Período de 1995-2000*. Dissertação de mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

TOMMASINI, M., 1992. Ação Intersetorial: o papel dos SILOS na estratégia de enfrentamento dos problemas de saúde mental. *In: Saúde Mental e Cidadania no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde*. (M.E.X. Kalil, org), pp.81-88, São Paulo/Salvador: Editora HUCITEC/Cooperação Italiana em Saúde.

TORRE, E.H.G. & AMARANTE, P.D.C., 2001 a. História da Loucura: quarenta anos transformando a história da psiquiatria. In: *Psicologia Clínica*, Vol 13(1) : 11-26, Rio de Janeiro: PUC RIO.

TORRE, E.H.G. & AMARANTE, P.D.C., 2001 b. Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (1):73-85.

TORRE, E.H.G., 1999. *O dispositivo psiquiátrico e a desconstrução do conceito de clínica*. Rio de Janeiro: CESM/ Fiocruz.

VALLA, V.V., 1998. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 4 (sup2): 7-8.

VENTURINI, E., 2003. A qualidade do gesto louco na era da apropriação e da globalização. In: *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (P. Amarante, org), pp.157-184, Rio de Janeiro: NAU Editora.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D.R. & HASSEN, M.N., 2000. *A. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

YASUI, S., 1989. CAPS: aprendendo a perguntar. *In: Saúde loucura 1*. (A, Lancetti, org.), pp. 47-89, São Paulo: Editora HUCITEC.

ANEXOS

ANEXO 1

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública
Programa de Mestrado em Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa "O fazer cotidiano do Centro de Atenção Psicossocial: a experiência do CAPS de Olaria", a ser realizada pela mestranda Renata Martins Quintas, sob orientação do professor Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante.

O objetivo principal desta pesquisa consiste em caracterizar o funcionamento do CAPS em relação às novas práticas assistenciais, verificando sua capacidade de se adequar ou não às características e questões do território.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a algumas perguntas de um questionário de entrevista. Não haverá risco algum, sua participação não é obrigatória e a qualquer momento poderá desistir da participação e retirar seu consentimento, não implicando em prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição responsável pela pesquisa.

Os benefícios relacionados ao seu consentimento se referem à possibilidade de contribuir para a problematização, multiplicação, sistematização e divulgação das práticas em saúde mental que estão sendo construídas no Rio de Janeiro e no Brasil, assim como para os principais impasses reais às transformações que se pretendem realizar nesse âmbito.

É assegurado o sigilo e o anonimato na sua participação.

O presente documento, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde, será assinado em duas vias, constando neste o endereço, e-mail e telefone da instituição responsável, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação, além de permitir o acompanhamento da pesquisa a qualquer momento.

_____
Renata Martins Quintas

Instituição Responsável: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa
End: Rua Leopoldo Bulhões, n° 1480 sala 914 – Rio de Janeiro – RJ CEP: 21041-210
Tel: 0(xx) 21 2598 2570
Neste termo, e considerando-me livre esclarecido(a), consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.
Data:

_____
Sujeito da pesquisa

ANEXO 2

Roteiro de Entrevistas:

1) Qual foi sua trajetória até chegar a trabalhar no CAPS?

2) O que você considera um trabalho inovador do CAPS, que o diferencia de outros dispositivos?

3) Você poderia relatar algumas experiências vividas por você, que são típicas dessa realidade do CAPS, tanto em relação às experiências positivas quanto em relação às dificuldades?

4) Na sua percepção, como o CAPS lida com o paciente em crise?

5) O CAPS tem algum trabalho externo?