

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

LARISSA SCHMILLEVITCH

A CONSTRUÇÃO DE DISPOSITIVOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS NO
CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:

Do manicômio ao “Bar do Piri”

São Paulo

2015

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE

CURSO DE PSICOLOGIA

LARISSA SCHMILLEVITCH

**A CONSTRUÇÃO DE DISPOSITIVOS CLÍNICO-INSTITUCIONAIS NO
CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:**

Do manicômio ao “Bar do Piri”

**Trabalho de conclusão de curso como
exigência parcial para graduação no
curso de Psicologia, sob orientação da
Profa. Dra. Felicia Knobloch**

São Paulo

2015

Agradecimentos

À minha família, por ter me dado o apoio e a liberdade de me aventurar pelo mundo da Psicologia.

À PUC, por ter me proporcionado experiências e aprendizados que me ajudaram a perseguir a pessoa que quero ser.

À equipe NASF da UBS Galvão, sem a qual este trabalho não seria completo.

Aos agentes comunitários da UBS Galvão, cuja dedicação é admirável.

À Isabella Almeida, Helen Freitas e Emiliano David, verdadeiros e queridos professores.

À minha supervisora Deborah Sereno, que me impulsionou durante esta e outras jornadas.

À Cris Vicentin, que plantou em mim a semente da esquizoanálise que hoje só faz crescer.

À minha orientadora Felicia Knobloch, que me ajudou a traçar o caminho desta trajetória e tornou este trabalho possível.

À todos os profissionais envolvidos no projeto “Bar do Piri”, que me mostraram ser possível o trabalho criativo na saúde pública.

À todos que de alguma forma contribuíram e incentivaram a realização deste trabalho.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo problematizar a atuação clínica no território a partir da perspectiva da clínica ampliada, pensando o cuidado em saúde mental em suas dimensões subjetiva e política. A proposta deste trabalho partiu da problematização dos modelos e práticas de atenção psicossocial, tendo como ponto de partida uma revisão das políticas de saúde mental no Brasil. Por meio do resgate do contexto histórico da Reforma Psiquiátrica, foi traçada a trajetória da internação, sob o modelo manicomial e asilar, à desinstitucionalização em serviços substitutivos. Foram levantadas as contribuições da Psicoterapia Institucional e Análise Institucional francesas, para embasar a mudança de paradigma no campo da atenção psicossocial, protagonizando o sujeito e as demandas sociais, de modo a reinventar práticas clínico-institucionais cristalizadas. A experiência de estágio do “Bar do Piri”, em convênio com a PUCSP, foi trazida como exemplo de um dispositivo clínico-institucional, sob um modelo de atuação em Redução de Danos, visando a garantia de acesso à saúde de sujeitos em situação de vulnerabilidade. O dispositivo permitiu a construção de novos tipos de relações entre a comunidade, o território e os serviços de cuidado em saúde e saúde mental. A partir daí, pode-se levantar questões sobre como produzir mais saúde no território para além dos modelos tradicionais de atendimento, efetivando a integralidade do cuidado na clínica ampliada.

Palavras chave: clínica ampliada; dispositivo; atenção psicossocial; Reforma Psiquiátrica; Redução de Danos

SUMÁRIO

1. Introdução.....	5
2. Contextualização histórica.....	7
2.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil.....	7
2.2 Reforma Psiquiátrica.....	10
2.3 A desinstitucionalização.....	13
3. A clínica e as instituições.....	17
3.1 A clínica ampliada.....	17
3.2 Psicoterapia institucional e análise institucional.....	22
4. A construção de dispositivos no campo da atenção psicossocial.....	26
4.1 O dispositivo.....	26
4.2 Dispositivos em ação.....	29
4.3 O dispositivo “Bar do Piri”	33
5. Metodologia.....	40
6. Considerações finais.....	42
7. Referências Bibliográficas.....	46

“O direito à desrazão significa poder pensar loucamente, significa poder levar o delírio à praça pública, significa fazer do Acaso um campo de invenção efetiva, significa liberar a subjetividade das amarras da verdade, chame-se ela identidade ou estrutura, significa devolver um direito de cidadania pública ao invisível, ao indizível e até mesmo, por que não, ao impensável.”

Peter Pál Perlbart

1. Introdução

O presente trabalho surgiu a partir da experiência de estágio vivenciada no 5º ano do núcleo “Contextos em crise: intervenções clínico-institucionais” do curso de Psicologia da PUC SP, realizada na UBS Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, junto às equipes multiprofissionais da UBS, do CAPSI e do CAPSAD, no ano de 2015. O projeto realizado, denominado “Bar do Piri”, teve como proposta a aproximação do serviço de saúde da população do território, marcado por um alto índice de vulnerabilidade social. Tendo como base as diretrizes do SUS¹ de universalidade, equidade e integralidade do acesso à saúde, a ação visou a garantia do direito à saúde pela população da região.

Consonante com as conquistas da Reforma Psiquiátrica, o projeto consistiu em visitas semanais ao território do bar, realizadas pelos profissionais dos equipamentos de saúde e saúde mental, de modo a efetivar uma ação “para além dos muros” da instituição. As estratégias de aproximação com a população do local foram adotadas com os recursos oferecidos pelo próprio estabelecimento, como o jogo de dominó e brincadeiras infantis, que possibilitaram o aparecimento de um espaço de diálogo entre os profissionais da saúde e as pessoas que frequentavam a região do bar, entre elas jovens e adultos usuários de drogas e crianças.

Além da ida ao bar, também estabeleceu-se um espaço de reunião

¹ Retirado do texto “ABC do SUS: doutrinas e princípios” escrito pela Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, em 1990, em Brasília (DF)

semanal, com duração de uma hora, para que todos os profissionais envolvidos pudessem compartilhar as suas vivências visando reavaliar continuamente e construir coletivamente as ações, pensando tanto seus avanços e contribuições, como também seus obstáculos e dificuldades. Este espaço se mostrou como um dispositivo de extrema importância para a continência de angústias e para a circulação da palavra entre os profissionais.

O trabalho teve como foco a instrumentalização dos profissionais da UBS de modo a proporcionar a efetivação da clínica ampliada e a garantia de acesso da população do território à saúde, construindo novos tipos de relações entre a comunidade, o território e os serviços de cuidado em saúde e saúde mental. O projeto, como um todo, vai ao encontro do princípio da Reforma Psiquiátrica de “elaboração de propostas de transformação crítica do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria” (Amarante, 2005, p.91), a partir de uma atuação em clínica ampliada.

A partir da experiência do “Bar do Piri”, foi possível pensar a construção de novas ações no campo da atenção psicossocial e manejos de atuação clínica que apontam para o surgimento de novas práticas institucionais. Este aparato, denominado como um *dispositivo* clínico-institucional, aponta para a necessidade de reinvenção das instituições, tanto das relações estabelecidas em seu interior quanto de suas práticas.

No primeiro capítulo, é traçado o caminho das políticas de saúde mental no Brasil, desde o século XIX, contextualizando a visão social do louco e o seu tratamento no modelo psiquiátrico manicomial. Em seguida, fala-se da promulgação da Constituição de 88 e a criação do Sistema Único de Saúde, como garantia da lei a universalidade do acesso à saúde e o cuidado integral ao sujeito, resultados das conquistas da Reforma Sanitária. Então, com a força do movimento da luta antimanicomial, em 1989 a Reforma Psiquiátrica alcança no campo da saúde mental a lei da desospitalização. Ainda neste capítulo, tratará-se da desinstitucionalização e da formação da rede substitutiva de atenção psicossocial aos usuários de serviços de saúde mental.

No segundo capítulo, será abordado o tema da clínica ampliada e as dificuldades de implantação do modelo de cuidado integral ao sujeito em

sofrimento, que desloca o foco do sintoma, levando em conta o contexto social do usuário e implicando sua dimensão subjetiva no tratamento. Serão mostradas as contribuições da Psicoterapia Institucional francesa e da análise institucional como forma de reavaliar e reinventar práticas institucionais reprodutoras de um modelo alienante de intervenção em saúde mental, visando transformar os espaços de atuação e as relações estabelecidas entre os profissionais, os usuários e o território.

No terceiro capítulo encontra-se a criação de dispositivos clínicos no campo da atenção psicossocial como possibilidade de construção de novos modos de se exercer o cuidado em saúde que levem em conta a existência de diferentes modos de subjetivação. Em seguida, apresenta-se o dispositivo “Bar do Piri” como um projeto de atuação territorial sob a perspectiva da clínica ampliada que revela potencial criativo do cuidado em saúde e a necessidade de constante reavaliação das práticas institucionais.

Este trabalho tem como objetivo problematizar a questão das práticas clínicas no território, a partir da experiência vivida no estágio, visando contribuir para o campo de atuação em saúde mental. Nesta perspectiva, entende-se o cuidado a partir de outra relação com o sujeito, a família e o território que leve em conta a sua dimensão subjetiva e política. Para tanto, pensa-se a criação de dispositivos clínico institucionais capazes de fazer surgir o sujeito para além dos seus sintomas, para além da doença, criando um espaço de trocas e de circulação que assegurem a sua cidadania e facilitem sua autonomia.

2. Contextualização histórica

2.1 Políticas de Saúde Mental no Brasil

Foi apenas a partir da segunda metade do século XIX que o Estado passou a mostrar preocupação com a saúde da população brasileira. Até então, não havendo nenhum tipo de assistência direcionada aos chamados “loucos”, estes eram levados à prisões ou às Santas Casas da Misericórdia (Costa, 2007). Ao tratar do lugar da loucura na sociedade, o Estado

constituiu práticas que levaram ao seu confinamento em instituições onde o saber psiquiátrico era dominante: nos asilos ou hospitais psiquiátricos.

(...) na história das instituições que organizam, disciplinam e tentam reformar o comportamento do louco, o asilo psiquiátrico, com seu tratamento moral, é o primeiro a estabelecer um conjunto de práticas e a estabelecer um conhecimento, um saber científico sobre a loucura. (Luz, 1994 p. 88)

As instituições de saúde mental eram espaços marcados pelo poder do saber médico e suas práticas de asilamento deram início ao processo de medicalização social. Os loucos passaram a ser considerados “doentes mentais” e então foram reclusos num espaço social próprio para serem tratados (Amarante, 1994). Criou-se um espaço de exclusão do louco do locus social.

“Quem eram estes loucos?” pergunta-se. Sob a ótica da razão social e moral, ao louco era atribuído a causa da “perturbação da paz social”.

(...) os miseráveis, os marginais, os pobres e toda a sorte de párias. São ainda trabalhadores, camponeses, desempregados, índios, negros, “degenerados”, perigosos em geral para a ordem pública, retirantes que, de alguma forma ou por algum motivo, padecem de algo que se convencionou englobar sobre o título de doença mental. (Amarante, 1994, p.75)

Assim, eram denominados loucos aqueles que, de alguma forma, escapavam à ordem social estabelecida na época: aqueles que não tinham trabalho, dinheiro ou cor de pele específica. A ciência positiva legitimou o perigo que os indivíduos associais representavam, que era da ordem do desvio a uma certa norma social e a solução encontrada foi a sua retirada do convívio em sociedade. Inaugurado no Rio de Janeiro, em 1852, o Hospício de Pedro II foi o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e em muito se assemelhou às instituições despóticas ao realizar políticas de higienização e disciplinarização (Amarante, 1994).

Com a chegada dos republicanos no poder governamental, é realizada a primeira reforma psiquiátrica no Brasil e criada a primeira instituição pública de saúde, a Assistência Médico-Legal aos Alienados. Nesta reforma,

implantou-se o modelo de colônias, inspirado por experiências européias. Provenientes do pensamento capitalista que chegou ao Brasil no fim do século XIX, este modelo consistia em tornar o louco uma força produtiva para o trabalho, realizando processos exploratórios sob a justificativa do tratamento da doença mental.

Em 1903, Juliano Moreira, psiquiatra baiano, é nomeado diretor da Assistência Médico-Legal, adotando o biologicismo para explicar a etiologia das doenças mentais e o funcionamento psíquico e social. Em 1923, com a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, a psiquiatria aumenta o seu poder de intervenção e reivindica uma ação rigorosa de controle social por parte do Estado. Desta forma, com um maior poder interventivo e ideológico, a psiquiatria reproduziu um ideal do conjunto social marcado por um espaço eugenista, asséptico e de normalidade (Amarante, 1994).

É somente após a Segunda Guerra Mundial que surgem algumas experiências de reformas psiquiátricas, na Itália e na França, como as de comunidades terapêuticas, de psicoterapia institucional e de psiquiatria comunitária, que vieram a influenciar movimentos antimanicomiais futuros no Brasil. Porém, se trataram de experiências marginais dentre as propostas e os investimentos públicos. Ao mesmo tempo, fortaleceu-se o movimento de psiquiatrização, com o surgimento dos neurolépticos.

Na década de 60, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e com grande parte da economia privatizada, a doença mental passou a ser tratada como mercadoria. Cresceram o número de serviços psiquiátricos privatizados, em detrimento da saúde pública. Entretanto, algumas propostas em relação à saúde mental foram levantadas, impulsionadas pelas reivindicações dos trabalhadores da saúde, como a Campanha Nacional de Saúde Mental (CNSM) e o Plano Integrado de Saúde Mental (PISAM), que tiveram como foco a obtenção de recursos para fins administrativos.

Em 1981 é criado o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), responsável por elaborar um plano de reorientação da assistência psiquiátrica que acabou por lançar um programa no qual se nota uma crítica ao modelo vigente para a saúde mental, o Programa de Reorientação de Assistência Psiquiátrica Previdenciária

(MPAS/MS, 1982):

(...) o modelo asilar e custodial ainda tem prevalecido na prática, apesar dos avanços ocorridos nas áreas da psicoterapia e da farmacologia. Todos são unânimes em afirmar o seu caráter iatrogênico, com nenhuma possibilidade de contribuir para a superação de quadro nosológico gerado por condições tão adversas, pelo contrário, é agravador e perenizador da situação. (MPAS/MS, 1982, p.2)

Apesar de não propor práticas substitutivas para o asilamento, nem questionar a dominação do saber médico psiquiátrico, o programa deu atenção às suas consequências prejudiciais. As políticas de saúde mental, até então, tinham se mostrado como formas políticas de exclusão social. No começo da década de 1980, período da redemocratização do Brasil, iniciaram-se as tendências à “participação de setores representativos da sociedade na formulação e gestão do sistema de saúde” (Amarante, 1994, p. 80).

Em 1987, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental emerge como um movimento social, cujo lema é “Por uma sociedade sem manicômios”, trazendo à discussão a desinstitucionalização da loucura. Neste sentido, o movimento lutava não apenas pela desospitalização, mas pela desconstrução dos conceitos e práticas psiquiátricas que acometiam setores vulneráveis da sociedade. É por meio da luta antimanicomial, então, que se revelou a preocupação com a desigualdade social e suas relações com a produção do sofrimento psíquico, trazendo mudanças mais efetivas no campo das políticas de saúde mental no Brasil com a Reforma Psiquiátrica.

2.2 Reforma Psiquiátrica

No final dos anos 80, após o período de redemocratização e abertura política no Brasil, com promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde², a luta antimanicomial se fortaleceu e ganhou corpo nas reivindicações populares. Os Movimentos de Trabalhadores em Saúde

² Instituído pelas Leis Federais nº 8.080 e nº 8.142 (ambas sancionadas em 1990)

Mental, conquistaram em 1989 a aprovação do projeto de lei 08/91-C, do deputado Paulo Delgado, que prescreveu a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos no país, propondo sua substituição por outras modalidades práticas assistenciais, que serão abordadas mais adiante. Para Rotelli e Amarante (1992), o projeto foi um desdobramento de uma luta política que permitiu o debate sobre o pensamento antimanicomial entre vários segmentos da sociedade civil.

Concomitantemente ao período da Reforma Psiquiátrica, é importante destacar o movimento sanitarista como articulador na defesa dos direitos à saúde para a população. As propostas da Reforma Sanitária garantiram na proposta do SUS os princípios de universalidade do acesso, tornando a saúde um direito de todos.

O SUS é um produto da Reforma Sanitária Brasileira, originada do movimento sanitário, processo político que mobilizou a sociedade brasileira para propor novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde. Uma realização importante deste processo foi a inserção no texto constitucional da saúde como direito de cidadania e dever do Estado, o que realçou e deu força jurídica de relevância pública às ações e serviços de saúde. (Vasconcelos e Pasche, 2009, p.532)

A Reforma Psiquiátrica deve ser entendida como um processo político e social complexo por não se tratar apenas da crítica ao modelo hospitalocêntrico. Como destaca Amarante (1999), há quatro campos fundamentais para se compreender o processo da Reforma: o campo teórico-conceitual, o campo técnico-assistencial, o campo da esfera jurídico-política e o campo sociocultural.

O campo teórico conceitual consiste em desconstruir o significado de concepções como saúde e doença, cristalizados como opostos, ressignificando as noções de normal e anormal que permeiam o imaginário social e o campo epistemológico da psiquiatria e da psicologia. Atribuindo-lhe um contexto histórico, uma nova visão sobre o fenômeno do sofrimento psíquico se constrói. O significado de “doença mental” passou a ser entendido como *“existência-sofrimento do sujeito em relação com o corpo*

social” (Amarante e Rotelli, 1992, p.52) e redirecionou o objetivo da psiquiatria da “cura” à produção de vida, de sociabilidade e de subjetividades.

O campo técnico-assistencial se fundamenta na “construção de uma rede de novos serviços, espaços de sociabilidade, de trocas e produção de subjetividades, substitutivos (e não apenas alternativos) ao modelo terapêutico tradicional” (Amarante, 1999, p.50). Nesses novos espaços, a terapia deixaria de buscar uma solução-cura para vir a ser um conjunto de estratégias de enfrentamento frente a uma questão, realizando um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento, possibilitando “a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa” (Rotelli, 1990, p.29-30).

A esfera jurídico-política refere-se ao estatuto de “doente” que retira do sujeito a cidadania e o direito à coletividade, fazendo-se necessárias transformações nas legislações sanitária, civil e penal sobre a ideia de loucura que não mais legitimariam a sua segregação do espaço social.

Por último, o campo sociocultural refere-se ao imaginário social e à construção das representações da loucura e do louco. Termos como “alienação mental”, trazido por Pinel (2007) e “distúrbio da razão” eram utilizados para descrever a loucura e relacionavam-se à perda da humanidade do louco, que era visto como ameaçador e perigoso. Este campo, assim, se complexifica, pois para a real mudança no imaginário social seria preciso uma desconstrução também das chamadas “instituições totais”- termo utilizado por Goffman (1984) para caracterizar os locais onde se reproduzem a violência e segregação- para que o sujeito adquira sua cidadania e lugar na sociedade.

Para que os quatro campos (teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural) resultassem em medidas efetivas de transformação, além da redemocratização institucional era também imprescindível a redemocratização da saúde, ampliando o conceito de clínica e introduzindo a dimensão subjetiva do cuidado, temas que serão abordados mais adiante.

2.3 A desinstitucionalização

Ainda mais importante que a lei da desospitalização, foi necessária a introdução de um novo modelo eficaz de atenção e cuidado àqueles que estavam uma vez asilados em hospitais psiquiátricos. Para Amarante (1994), a desinstitucionalização implicou num processo de invenção de práticas assistenciais territoriais, visando a desconstrução dos conceitos e das condutas psiquiátricas.

Segundo Amarante e Rotelli (1992), deveriam ser realizados:

(...) trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação; que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e não morte (Amarante e Rotelli, 1992, p. 51)

Para a efetivação de transformações concretas no campo da saúde mental, os novos modelos de cuidado deveriam surgir sob o prisma das concepções trazidas pela Reforma Psiquiátrica. O conceito “psicossocial” passa a ser utilizado, na década de 80, “como um significante para designar novos dispositivos institucionais (...) que aspiram à outra lógica, outra fundamentação teórico-técnica e outra ética, que não mais o paradigma psiquiátrico” (Costa-Rosa, Luzio e Yasui, 2003, p.19). No final da mesma década, a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo incluiu a saúde mental na proposta de reestruturação do modelo de atenção à saúde.

Foi sob o prisma da Atenção Psicossocial que novos serviços foram implementados, substituindo práticas institucionais manicomiais, com a instalação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), que trariam um novo modo de pensar o cuidado em saúde mental.

O primeiro CAPS se configurou em 1987, na cidade de São Paulo, o CAPS Prof. Luiz da Rocha Cerqueira. O serviço era caracterizado como um local de passagem para os usuários, em contraposição ao modelo de internação. O atendimento oferecido também deveria se configurar de uma

maneira singular para cada usuário, levando em conta as suas necessidades específicas e inserindo-o numa rede de atenção na qual outros serviços de saúde estariam articulados, garantindo a multidisciplinaridade do trabalho em saúde.

Outra experiência direcionada pela desinstitucionalização foi a do NAPS Santos, que surgiu em substituição ao hospital psiquiátrico Casa Anchieta, em 1989 e revelou uma nova lógica de produção de saúde, “trazendo como diretriz a interferência não somente na concepção da loucura, mas no circuito que faz sua exclusão” (Anaya, 2004, p.76). De repercussão nacional, esta experiência pode demonstrar a eficácia e a potência da construção de uma nova rede de cuidados. Surgem cooperativas e residências para nos egressos dos antigos hospitais, na aposta da eficácia da criação de novos espaços para a loucura.

Em 1990, é realizada a Declaração de Caracas³, marcando reformas na atenção à saúde mental nas Américas. Neste documento, destaca-se o caráter territorial e comunitário do cuidado:

(...) os recursos, cuidados e tratamentos dados devem:

- a) salvaguardar, invariavelmente, a dignidade pessoal e os direitos humanos e civis;
 - b) estar baseados em critérios racionais e tecnicamente adequados;
 - c) propiciar a permanência do enfermo em seu meio comunitário;
- (Declaração de Caracas, 1990)

Porém, é somente em 2001, com a Lei Federal 10.216 que se efetiva, no Brasil, o oferecimento de serviços de base comunitária, com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental. O Programa “De Volta para a Casa” investiu na desinstitucionalização dos longamente internados e a estratégia da redução de danos é incorporada a uma nova política para a questão do álcool e outras drogas. Neste mesmo ano, consolida-se a Reforma Psiquiátrica como política oficial do SUS e propõe-se a articulação entre os serviços da rede de saúde, na Atenção Básica, para se realizar um

³ Adotada pela Organização Mundial de Saúde em Caracas, Venezuela, em 14 de novembro de 1990.

cuidado territorial, com a ampliação da clínica.

Para que fosse garantido ao usuário dos serviços de saúde mental a sua condição de sujeito de direitos e a territorialização do seu cuidado, foram criados diversos dispositivos que deveriam trabalhar no sentido da atenção integral e coletiva da saúde mental. Fez-se necessária formação de uma rede de atenção que deveria unificar e territorializar esses serviços, a fim de fortalecê-la. De acordo com Silva (2008), a Rede de Atenção à Saúde seria:

(...) uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários e promoção da saúde. (Silva, 2008)

Dessa maneira, as relações entre os serviços deveriam ficar horizontalizadas. De acordo com o Ministério da Saúde⁴, a Rede passou a ser composta pelos diversos tipos de atenção: Atenção Básica; Atenção Psicossocial; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar em hospitais gerais; estratégias de desinstitucionalização; e reabilitação psicossocial. A intenção era que se efetivassem projetos que atendessem a população de forma integral, nas suas necessidades específicas e não mais no modelo do poder médico e psiquiátrico. A Rede de Atenção Psicossocial, direcionada pela garantia dos direitos humanos, pela equidade e pelo combate ao preconceito, abarcou diretrizes do caminho do cuidado singular, com um olhar ampliado para o contexto social e para o território.

Dentre as diretrizes e os objetivos propostos destacam-se, também: a garantia do acesso e da qualidade dos serviços e, no que se refere à problemática relacionada à dependência de

⁴ Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Republicada em 21 de maio de 2013. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

álcool e drogas, a perspectiva de redução de danos, com cuidado territorial, humanizado, integral e multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar e intersetorial, com participação e controle social de usuários e de familiares. É importante destacar o caráter territorial da rede, centrada nas necessidades concretas das pessoas, sendo responsável pelo cuidado continuado e pela promoção de reinserção social pelo trabalho, pela renda e pela moradia solidária (Ministério da Saúde, 2013).

Assim, a Atenção Psicossocial pressupõe um reposicionamento do sujeito no cuidado de sua saúde, que deixou de significar apenas a remissão de sintomas, de maneira que pudesse recuperar a sua condição de cidadão. Percebe-se que há, portanto, uma dimensão subjetiva do cuidado, mas também uma dimensão política. Nesse contexto, as contribuições do movimento sanitarista ao processo de democratização da saúde mostram-se relevantes ao demonstrar a necessidade de investimento da articulação de uma rede de atenção à saúde que garantisse os direitos assegurados na Constituição de 88.

O modelo psicossocial buscou implicar o sujeito subjetivamente no seu cuidado, colocando-o na posição de protagonista dos seus desejos, do seu corpo e da sua saúde, permitindo que obtivesse condição de sujeito de direitos. Esta nova condição do usuário dos serviços de atenção psicossocial mostra a indissociabilidade dos processos de produção de saúde da sua subjetividade e da política, sendo imprescindível a participação ativa do sujeito de direitos de modo a garantir a liberdade da experiência subjetiva do cuidado, sua autonomia. Diz Bezerra Jr (1991):

Trata-se então de realizar uma crítica política às instituições e às representações correntes e uma crítica epistemológica às teorias hegemônicas acerca da loucura, com objetivo de produzir modificações radicais na relação da sociedade com os loucos: defender seu direito à cidadania, exigir respeito social à sua diferença, ampliar as condições de exercício de sua condição de sujeito social, substituir o modelo manicomial de assistência por dispositivos múltiplos, referidos às especificidades locais, construir espaços de sociabilidade permeáveis à sua presença, e assim por diante. (Bezerra Jr, 1991, p.35).

Os serviços da Rede de Atenção, formados por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); Centros de Convivência; Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais, são caracterizados por serem essencialmente públicos, de bases municipais e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica.

Porém, como destacam Amarante e Torre (2004):

(...) serem denominados “novos” não garante que os serviços de saúde mental criados sejam mediadores e operadores de novas formas de intervenção no trato com a loucura ou que sejam substitutivos do modelo manicomial (Amarante e Torre apud Anaya, 2004, p. 83)

Sendo assim, torna-se importante, para a real transformação da concepção do louco e do trato de sua saúde, o questionamento constante das práticas institucionais dentro dos novos serviços, para que efetivamente superem o paradigma asilar e proponham um novo modo de atuação no cuidado. Além disso, mostra-se essencial uma mudança na formação dos profissionais de saúde, de forma geral e, em particular, da equipe de saúde mental, para desembocar numa transformação da cultura em relação ao “louco”. Para tanto, é preciso não somente modificar concepções e conceitos, mas propor um novo paradigma da loucura, dentro e fora das instituições, fazendo-se necessária uma reformulação da clínica.

3. A clínica e as instituições

3.1 A clínica ampliada

No capítulo precedente, realizou-se uma contextualização histórica das políticas de saúde mental no Brasil, retomando os modelos e práticas institucionais vigentes desde o século XIX, passando pelo movimento antimanicomial e as transformações advindas da Reforma Psiquiátrica. Porém, nota-se que, para uma efetiva mudança de paradigma em relação ao louco e à loucura, no campo da atenção psicossocial, as instituições também

necessitaram passar por alterações, fazendo surgir novos serviços na rede substitutiva.

Os serviços emergentes da desinstitucionalização passaram a adotar uma outra maneira de conceber a clínica, a clínica ampliada e compartilhada. Até então, o objeto de intervenção da clínica era a efermidade do sujeito e seus sintomas, destacando uma atuação biomédica focada na dimensão biológica e organicista, desconsiderando as dimensões subjetiva e social dos usuários dos serviços de saúde. Para que se criasse uma clínica do sujeito, portanto, foi necessário reconfigurar não somente a clínica, como os processos de trabalho, para dar conta da sua complexidade.

Nas palavras de Amarante (2003):

(...) a clínica também deve ser desconstruída, transformada em sua estrutura, pois a relação a ser estabelecida não é com a doença, mas com o sujeito da experiência... a reconstrução do conceito e da prática clínica tem sido um aspecto fundamental da reforma psiquiátrica, para que a relação técnico-instituição-sujeito não seja a reprodução daquela clínica da medicina naturalista. É preciso reinventar a clínica como construção de subjetividades, como possibilidade de ocupar-se de sujeitos com sofrimento, e de, efetivamente, responsabilizar-se para com o sofrimento humano com outros paradigmas centrados no cuidado (...) e na cidadania enquanto princípio ético. (Amarante, 2003, p.59)

A Secretaria Executiva do Ministério da Saúde então lançou, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), uma política pública tendo em vista a dificuldade de reinvenção das práticas institucionais e de realização das transformações nas relações entre trabalhadores e entre esses e os usuários. De acordo com Galleti (2004, p.30), a produção de uma nova cultura de prática terapêutica necessitou mais do que projetos administrativos, seria necessária a reforma contínua e lenta de todas as relações entre trabalhadores, usuários, famílias e o território, que potencializariam a prática de saúde, atribuindo-lhe um novo paradigma. São diretrizes da PNH⁵:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as

⁵ Retirado do Caderno Humaniza SUS, do Ministério da Saúde, 2013.

práticas de atenção e gestão fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.

- Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
- Atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, com conformidade com as diretrizes do SUS.
- Utilização da informação, comunicação, educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeito e coletivos. (Humaniza SUS, 2003, p.12)

Essa política funcionou como eixo articulador da rede de atenção do SUS, de forma a desfragmentá-lo, legitimando o caráter intersetorial do trabalho em políticas públicas, em especial na Atenção Básica. A desfragmentação da rede seria facilitadora para a transformação das relações internas estabelecidas nas instituições ao relacionar os diversos contextos no qual o sujeito se insere, de forma a oferecê-lo um cuidado integral.

(...) ainda mais importante do que os planos nacionais e as leis (...) são os trabalhos práticos de implantação de novas experiências que demonstrem e comprovem ser possível prestar atenção psiquiátrica diferenciada, sob novos modelos de cuidado, sem necessidade do asilo, do hospital, da violência, da discriminação, da segregação; que demonstrem ser possível uma prática psiquiátrica que crie novas dimensões, novas subjetividades, que produza vida e não morte. (Amarante e Rotelli, 1992 p.50).

Este modo de olhar o sujeito e a instituição propôs uma nova perspectiva de atuação em saúde. Nessa nova perspectiva, o conceito de saúde não se resume a um estado de normalidade, mas se relaciona com a possibilidade de enfrentamento dos conflitos e sofrimentos vivenciados pelo ser humano. De acordo com Dejours (1986), a saúde carrega o sentido de tornar possível a luta contra a angústia, num movimento oscilatório, deixando de ter um objetivo fixo como a cura. O trabalho realizado a partir dessa concepção de saúde implica num novo modo de cuidado ao usuário que visa

a autonomia do sujeito, colocando-o como protagonista deste processo. Além disso, é necessário estabelecer outras formas de relação dentro das instituições, entre os profissionais da saúde e os usuários dos serviços. Rocha (1997) afirma que, no campo da saúde mental, faz-se necessária uma intervenção que não se reduza a Psicologia e caminhe percorra diversas modalidades, tratando da instituição como um todo, tanto processo de concebê-la quanto a maneira de vivenciá-la.

A instituição inventada, consequência do processo permanente de *desconstrução*, passa a ser uma multiplicidade de serviços e circuitos que buscam superar cotidianamente os vícios dos saberes completos, os vícios das instituições totalitárias, para produzir trocas sociais, possibilidades e subjetividades sempre novas e plurais (Amarante e Rotelli, 1992, p.54)

A clínica ampliada propôs ao campo da atenção psicossocial uma nova forma de acolhimento que levaria em conta os diversos aspectos da vida do sujeito, seu contexto social e sua relação com o território, atribuindo à clínica uma dimensão política que alcançou o interior dos serviços da rede (centros de saúde, centros de referência em saúde mental, centros de convivência, centros de atenção psicossocial, hospitais-dia, entre outros). Essa transformação não é simples, e envolve um constante trabalho com relações há muito cristalizadas. Este modelo de clínica propôs um modo de atuação transdisciplinar e multiprofissional que desfragmentasse o cuidado, unindo saberes para que houvesse uma construção compartilhada dos diagnósticos e projetos terapêuticos.

A Clínica ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional. (Ministério da

Saúde, 2009)⁶

Neste modelo de clínica, tendo como o foco a produção de saúde de maneira integral, muda-se o objeto de trabalho e o seu objetivo, sendo o primeiro, o sujeito, e o segundo, sua autonomia. De acordo com Campos e Campos (2009):

Considerar a co-construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. A adoção dessa diretriz exige uma reformulação ampliada tanto dos valores políticos quanto do sistema de conceitos teóricos que orientam o trabalho em saúde. A principal dessas mudanças refere-se à redefinição do “objeto” do trabalho em saúde: a pensar esse “objeto” como uma síntese entre problemas de saúde (riscos, vulnerabilidade e enfermidade) sempre encarnados em sujeitos concretos. Esta valorização do “sujeito” e de sua singularidade altera radicalmente o campo de conhecimento e de práticas da saúde coletiva e da clínica. (Campos e Campos, 2009, p.669)

Essa perspectiva de trabalho alterou os modos das ligações entre os trabalhadores e os usuários, e entre cada um deles com a própria instituição e em relação ao território, entendendo estas relações como importantes fatores nos processos de gestão e trabalho em saúde para a construção de novos paradigmas neste campo. O novo paradigma trazido pela clínica ampliada propôs o deslocamento do foco da doença cristalizada no sujeito para olhar o seu entorno, conceito que inclui a perspectiva da psicoterapia institucional de que a própria instituição deveria ser tratada, para promover saúde aos usuários e trabalhadores. Nesse sentido, as práticas acarretadas pelo surgimento da Psicoterapia Institucional, na Europa, puderam contribuir para o desenvolvimento deste novo paradigma, onde o sofrimento do sujeito é visto e tratado de modo mais integral.

⁶ Retirado do texto “Clínica Ampliada e Compartilhada: Série B. Textos Básicos de Saúde” do Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde: Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, DF, 2009.

3.2 Psicoterapia institucional e Análise institucional

Correntes teóricas surgidas na França, a psicoterapia e a análise institucionais contribuíram para a compreensão do modo como se estabelecem as relações institucionais e da dificuldade de transformação de seus paradigmas cristalizados. Nas experiências européias de desconstrução do aparato manicomial, durante a metade do século XX, percebeu-se que seria necessária a invenção de novas formas de lidar com os saberes e práticas relacionados à atenção psicossocial, para que se construísse um cuidado integral ao usuário tendo como objetivo “a produção da vida e a reprodução social” (Rotelli, 1990, p.93).

Para romper com os paradigmas das “instituições totais”, seria necessário rever “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: ‘a doença’ (...)” (Rotelli, 1990, p.90). A abordagem terapêutica dentro dos serviços deveria levar em conta o sujeito em suas dimensões subjetivas, sociais e políticas. Nas palavras de Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr. (1992), a psicoterapia institucional buscou transformar o hospital psiquiátrico de dentro para fora, indissociando-se da mudança de cultura proposta pela análise institucional. Para ilustrar suas contribuições, é preciso fazer uma breve retomada histórica sobre o surgimento de tais abordagens.

Na França, em 1940, Francois Tosquelles começou a trabalhar no Hospital psiquiátrico de Saint-Alban, tendo se tornado diretor, posteriormente. Nesta época, as instituições utilizavam o arsenal teórico-prático da psicanálise nas práticas terapêuticas. A instituição era vista como lugar de trocas, de vida e processos que ocorrem no interior dos estabelecimentos (Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr., 1992, p.20). Em St. Alban, a estratégia utilizada no processo de tratamento era a de comprometer todos os envolvidos no processo terapêutico, tanto dentro quanto fora do hospital, dentro e fora da família de origem, dentro e fora dos lugares de trabalho ou de lazer frequentado pelos institucionalizados.

A estratégia teve como “fermento teórico” a obra de Hermann Simon (1929), psiquiatra alemão, “Por uma terapêutica ativa do Hospital

Psiquiátrico”, tendo-o escrito no início do século XX. Em seu livro, Harmann discorre sobre a melhora dos doentes internados no hospital psiquiátrico quando foram empregados e trabalharam na construção do hospital, oferecendo ao usuário um papel ativo sobre o seu próprio cuidado. Acreditando que “há sempre uma parte sã que pode ser desenvolvida” (idem, p.20), percebeu-se que o adoecimento estava atrelado também ao ambiente no qual o indivíduo se encontrava e, como estratégia terapêutica, apostou-se que, modificando o ambiente, se acarretariam também mudanças nos quadros nosológicos dos pacientes.

Ao identificar os malefícios da institucionalização, como a inatividade do paciente, o entorno desfavorável e a concepção que o paciente tinha sobre si mesmo e em relação à sua condição de “doente”, a psicoterapia institucional propôs que a participação dos internos no funcionamento do hospital fizesse parte do cuidado em saúde. Como visto anteriormente, mais importante do que modificações formais seria a mudança de paradigma no campo da saúde mental.

Diz Oury (1976, p.250) que a psicoterapia institucional pode ser entendida como “a elaboração das condições necessárias para poder trabalhar” ao considerar as interações e inter-relações internas constituídas pela instituição, trabalhando o ambiente que também acomete os seus trabalhadores. Nesse sentido, para uma instituição ser terapêutica, seria preciso que ela também “se tratasse”, a partir da organização de um espaço de trocas, de circulação e de acolhimento permanente.

A psicoterapia institucional propõe um trabalho contínuo de desembaraçamento das relações, criticando a hierarquia e a fixidez dos papéis e das funções institucionais, enxergando a possibilidade de cada paciente traçar o seu próprio percurso terapêutico. Seria necessária, então a criação de espaços em que os usuários pudessem viver o encontro com o outro e consigo mesmo, a exemplo dos ateliês. Para Tosquelles, deveria se estabelecer um “tecido institucional”(Oury, 1976, p.253) formado por redes desprovidas de rigidez que acreditasse na transitoriedade das relações. Essa perspectiva aposta na possibilidade do contorno de percursos individuais, que permitia acolher o que há de singular em cada um que chega à instituição.

Para tanto, era preciso colocar em cheque as relações hierárquicas clássicas, redefinindo papéis. Guattari (2005) considera a noção de “transversalidade” como uma dimensão contrária à hierarquização e à cristalização, a exemplo da Clínica de La Borde, na qual técnicos e pacientes tinham a possibilidade de transitar pelas diversas funções e espaços da clínica. Aparece o conceito de “institucionalização”, proposto por Ginette Michaud (Oury, 1976, p.255) como a constante reinvenção à serviço da mudança de demandas, impedindo que ocorra a cristalização e a fusão entre o indivíduo e sua função, assegurando que deva haver a possibilidade de trocas.

Para Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr.(1992) o tecido institucional serviria para desempenhar a função essencial da Psicoterapia Institucional: o acolhimento.

E isso é possível pela existência de um coletivo dotado de uma armadura simbólica historializada que possa acolher cada um que chega na instituição, o que se torna viável na medida em que essa função de acolhimento está disseminada por toda a instituição, por todos que aí estão presentes; daí, mais uma vez, a necessidade da não cristalização dos papéis. (Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr.1992, p.26-27)

Nesta mesma direção, surgem os clubes terapêuticos como potenciais de transformação das estruturas hospitalares tradicionais. Geridos tanto por pacientes, quanto por técnicos, os clubes constituíam uma organização autônoma dotada de historicidade, com leis e costumes, formando “uma armadura simbólica capaz de acolher espontaneamente o estranho que chega” (Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr., 1992, p.27). Os clubes serviriam como um facilitadores de trocas no exercício da multiplicação de papéis e funções, não se resumindo apenas a um local concreto, como o ateliê. Sobre os clubes terapêuticos, dizem Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr (1992):

(...) não é uma coisa dada, que já nasce feita, pronta e acabada. sempre a partir de uma dialética que se constitui, fazendo-se e fazendo a instituição onde se encontra, por meio de movimentos recíprocos.

(Vertzman, Cavalcanti e Serpa Jr 1992, p.28)

A efetivação de todas as propostas inclusas no novo paradigma da saúde mental dependeria de como essas relações seriam estabelecidas nas instituições, seja entre paciente e terapeuta, paciente e ambiente, terapeuta e ambiente. Moura (2003) atenta para a estruturação hierárquica piramidal dos equipamentos de saúde mental e aponta para a existência de um nível vertical de relações, distintas por camadas, e um horizontal, identificando “em bloco” os pertencentes a cada camada da instituição. A essas relações, atribui-se uma dimensão política, por tratarem-se de relações de poder.

Guattari (2005), introduziu o termo “Análise Institucional” para abordar a dimensão político-analítica das instituições. Para que se efetivassem as mudanças institucionais levantadas pela Psicoterapia Institucional, seria imprescindível levar em conta a análise dos seus processos instituídos e instituintes. De acordo com Moura (2003, p.34), o *instituído* refere-se aos valores e modos de representação que visam o impedimento das transformações no funcionamento real da instituição, enquanto o *instituinte* busca questionar este aspecto universalizante e naturalizante, alimentando a capacidade de criação de novas práticas institucionais. Ao se realizar uma análise institucional, portanto, deveria-se estar atento aos movimentos instituintes e instituídos de maneira a criar aberturas para movimentos de constante reinvenção de práticas e saberes institucionais.

A constante potência criadora no interior de uma instituição visa legitimá-la como, nas palavras de Michaud (apud Moura, 2003, p.33): “(..) uma estrutura elaborada pela coletividade tendendo a manter sua existência através do asseguramento do funcionamento de uma troca social de qualquer natureza que seja.” Dessa maneira, para que sejam possíveis e efetivadas as trocas sociais, as instituições necessitam de uma plasticidade de modo a assegurar o seu funcionamento a partir das demandas sociais da população atendida, caminhando contrariamente à tendência ao estabelecimento de práticas cristalizadas. Como diz Moura:

No caso de se mostrar inadequada, de ser tomada pela inércia ou de se desviar de sua função, a instituição deve ser coletivamente descontinuada e/ou reinventada, por meio de uma análise elaborada por todos que dela participam, tanto os

que cuidam, quanto os que são cuidados. (Moura, 2003, p.39)

Neste sentido, um equipamento de saúde mental, para exercer a sua função terapêutica, deve assumir movimentos de formação coletiva que se opõem à processos alienantes que ameaçam o cotidiano institucional. A alienação neste contexto pode se fazer presente tanto por práticas da divisão do trabalho e das relações hierárquicas existentes da instituição quanto pela cisão entre normal e patológico, acarretando em intervenções no quadro do usuário incongruentes com a busca pela sua cidadania e inclusão social. Sendo assim, a análise institucional no interior dos serviços da rede substitutiva se mostra fundamental para o exercício de um trabalho auto-analítico coletivo permanente e autogestivo entre os integrantes da instituição que seja consonante com o novo paradigma da saúde introduzido pelas reformas.

Sem uma análise institucional, portanto, a psicoterapia institucional perde o seu poder de tratamento. Entretanto, uma não vai sem a outra, ou seja, a análise institucional empreendida no equipamento é atravessada pelos próprios processos que ocorrem no campo psicoterápico, num ambiente de múltiplas relações e, ao mesmo tempo, em permanente mudança. (Moura, 2003, p.68)

É pensando a partir do paradigma trazido pelas práticas da psicoterapia e análise institucionais que se poderá falar em *dispositivos* clínicos-institucionais, no campo da atenção psicossocial, cuja estratégia de atuação visa possibilitar a existência de múltiplos espaços de trocas e circulação entre os diversos participantes e sustentar as diferentes demandas e desejos que podem surgir no seu “acontecer”, criando condições para que os sujeitos possam se dizer a partir de suas experiências e de suas relações.

4. A construção de dispositivos no campo da atenção psicossocial

4.1 O dispositivo

Para se compreender o funcionamento de um dispositivo no campo da

atenção psicossocial, é preciso primeiramente buscar compreender o seu significado. Sendo assim, pode-se entender um dispositivo como:

(...) um conjunto de princípios, práticas, discursos e estratégias lançados numa instituição, organização ou estabelecimento com o fim de produzir acontecimentos, questionamentos sobre o *status quo* (estabelecido) e, ao mesmo tempo, engendrar movimentos de transformação, de renovação ou de criação, que contemplem os desejos e as demandas presentes nessa instituição. (Borges, 2009, p.1)

No campo da saúde mental, o conjunto de práticas a serem lançadas por um dispositivo clínico numa instituição visa transformar as práticas de saúde ainda enraizadas num modelo de atenção que não contempla o modo de vida do seu usuário. Sobre isso, dizem Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco (2014):

(...) as lógicas reproduzidas na maioria dos serviços de saúde operam ainda em cima do campo das profissões, procedimentos e protocolos; uma lógica burocrática organizacional a partir do apagamento da multiplicidade das dimensões e das éticas existenciais que perfazem os sujeitos sociais. (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco, 2014, p. 155)

O objetivo dos dispositivos clínicos no campo da saúde mental seria então o de romper com a lógica de atendimento pautada por um saber discursivo que se sobrepõe ao contexto vivido pelo sujeito a ser cuidado. Nessa ruptura, a criação de um novo modo de produzir saúde que leve em conta o sujeito se torna possível, compreendendo seus diferentes modos de se estar no mundo.

Os usuários produzem modos de existências que são, muitas vezes, julgados e cerceados pelas equipes de saúde, e estas ficam aprisionadas a um modo de saber tão preponderante, que não possibilita perceber que certas atitudes, comportamentos, expressões são modos de existência, ainda que se apresentem cheios de tensões e problemas. (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco, 2014, p. 155)

Ainda quanto à sua definição, Deleuze (1996) retrata os dispositivos como criadores de “linhas de fuga”, no sentido de que proporcionam o

surgimento do ser por meio da ruptura, da quebra de um paradigma já dado. Desta forma, os dispositivos seriam “*máquinas de fazer ver e de fazer falar*”⁷, a partir da possibilidade do sujeito se dizer em seu modo de existir, gerando novos modos de subjetivação que antes não teriam espaço para se desenvolver e existir.

Concedendo aos dispositivos a possibilidade do aparecimento do novo, pode-se pensar na criação destes como forma de viabilizar o cuidado da população que não encontra acolhimento nos serviços de saúde, por conta da sua dificuldade de acesso e de sua marginalização, tendo em vista os impasses que esta população encontra para ser contemplada pelo campo da saúde. É a partir desta potência criadora, que continuamente se transforma, que se pode pensar em novos dispositivos, no campo da saúde, cujas estratégias permitam o aparecimento de modos de subjetivação de pessoas excluídas da sua condição de cidadão, marginalizadas da vida comunitária, propiciando-lhes uma nova condição de cidadania. Para tanto, são necessários novos instrumentos de intervenção que possibilitem a inserção social e a devolução da condição de sujeito de direitos.

A atuação clínica em saúde mental atual, mesmo que desinstitucionalizada na rede substitutiva, ainda repete padrões terapêuticos cristalizados. O modelo manicomial não se resume ao hospital psiquiátrico, mas a toda instituição que exerce um poder de dominação sobre certo modo de existir no mundo. É neste sentido que Galletti (2004) propõe as oficinas de saúde mental como dispositivos com potencial transformador, buscando um novo modo de atuar sobre a vida dos usuários dos serviços de saúde. Em sua tese “Oficina em Saúde Mental: instrumento terapêutico ou intercessor clínico?”, Galletti (2004) procura mostrar que as oficinas, sendo compostas por uma multiplicidade de linguagens, podem se tornar dispositivos que promovam outro tipo de contato do usuário com o meio social:

Num momento em que as práticas clínicas estão cada vez mais aprisionadas em modelos e perspectivas cientificistas, o modo híbrido e migrante das oficinas é uma alternativa de diálogo entre a clínica e outros campos da vida- comum e coletiva. (Galletti, 2004, p.18)

⁷ Retirado do texto “O que é um dispositivo”, de Deleuze, 1996.

Pode-se dizer, assim, que os dispositivos clínicos, ao possibilitar o encontro com o outro, podem produzir o encontro do sujeito consigo mesmo e acolhe-lo em suas necessidades, que podem se fazer surgir. Ao se permitir o estabelecimento de uma nova relação entre os profissionais da saúde e a população, o constante trabalho auto-analítico coletivo entre os integrantes do dispositivo se faz necessário para que se perceba os movimentos de cristalização das práticas institucionais, pensando no cuidado integral do sujeito, como ele se apresenta. De acordo com Deleuze (1996), o dispositivo carrega em si a possibilidade de incessante reinvenção:

Assim, todo o dispositivo se define pelo que detém em novidade e criatividade, e que ao mesmo tempo marca a sua capacidade de se transformar [...] as linhas de subjetivação parecem ser particularmente capazes de traçar caminhos de criação, que não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo. (Deleuze, 1996, p.4)

4.2 Dispositivos em ação

A partir da perspectiva da clínica ampliada, o trabalho da saúde teve que se movimentar do espaço entre muros institucionais e (re)conhecer outra instituição: a Rua. Considerando uma instituição como um sistema lógico definições de uma realidade social e de comportamentos humanos aos quais são atribuídos valores e decisões (Baremlitt, 1992, p. 87-88), a Rua carrega uma linguagem própria e contextualizada, consonante com o modo em que se dá o seu uso pela população. Os profissionais que se debruçam no trabalho do lado de fora da porta dos equipamentos de saúde entram em contato não apenas com o paradigma saúde/doença, mas com o âmbito cultural do território, que carrega algo de particular da população local. Com o conhecimento apropriado acerca da vivência dos usuários dos serviços de saúde, é possível criar dispositivos congruentes com a demanda da população que transcendam a condição de doente à qual o sujeito está posto.

Nesta perspectiva, destaca-se o trabalho proposto na Estratégia Saúde

da Família (ESF), no contexto da Atenção Básica, por basear-se no trabalho de busca ativa pelo território. De acordo com Andrade, Barreto e Bezerra (2009):

Ao buscar uma conceitualização mais ampla dessa política, definimos a ESF como um modelo de *atenção primária*, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das *equipes de saúde da família*, comprometidas com a *integralidade* da assistência à saúde, focado na *unidade familiar* e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da *comunidade* em que está inserido. (Andrade, Barreto e Bezerra, 2009, p.804)

Dentre as atribuições dos profissionais da Estratégia Saúde da Família⁸ estão: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades; realizar o cuidado da saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros); realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local e praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e grupos sociais que visa propor intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade.

Essas atribuições demandam das equipes de Saúde da Família a busca ativa pelo território e reforçam a intersetorialidade do trabalho em saúde. De acordo com a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no SUS:

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (...) é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsável por apoiar as Equipes de Saúde da Família, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde,

⁸ Retirado do Portal da Saúde Disponível em:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>
(acessado em 12 nov. 2015)

atuando diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) o Núcleo de Apoio à Saúde da Família está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento ou transtorno mental e aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. (Ministério da Saúde, 2011)⁹

Um dos objetivos gerais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)¹⁰ é também garantir a articulação e integração das redes de saúde no território, por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Sendo assim, o trabalho no campo da atenção psicossocial demanda que os profissionais dos diversos serviços da rede de saúde, seja na Atenção Básica ou na RAPS, atuem de forma articulada e de ativa, compartilhando saberes e intervindo diretamente no território, realizando o cuidado integral à comunidade.

Rauter (2000) quando fala sobre o trabalho com oficinas de saúde mental, afirma que este deve ser realizado por diferentes campos de saber, transbordando as fronteiras tradicionais e construindo novos parâmetros, formando assim uma clínica transdisciplinar. A disseminação dos diversos saberes podem se constituir como uma arma importante da inserção no coletivo daqueles que estão à margem, trata-se de produzir “territórios existenciais”. De acordo com Guattari e Rolnik (1986, p.323), território tem o sentido de apropriação e subjetivação. Segundo esses autores, territórios existenciais são as representações que resultam em comportamentos, investimentos sociais, culturais, estéticos e cognitivos. Desse ponto de vista, torna-se importante incluir na perspectiva do cuidado outros espaços de circulação do usuário, além dos espaços formais de atenção psicossocial.

A experiência de Galletti (2004) com a Oficina de Música no Espaço Lúdico Terapêutico, com crianças e adolescentes, pode promover uma ruptura com os papéis dicotômicos pacientes/terapeutas, realizando uma transversalização desses papéis. Os profissionais, ao invés de assumir o lugar da interpretação e do diagnóstico, estavam como facilitadores das atividades, permitindo que cada criança e adolescente pudesse se realizar na

⁹ Portaria Nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011

¹⁰ Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, Art 3.

sua busca pelo seu som. O trabalho com a música proporcionou aquilo que Deleuze chamou de “acontecimento”, quando o ser encontra a possibilidade de exercer sua existência, a seu modo. As melodias e os ritmos puderam ser criados e reproduzidos por eles mesmos e vistos como uma produção musical, não como ruídos sem sentido. Esta experiência, de acordo com Galletti, modificou a relação dos usuários com a instituição e esses foram “desertando” a subjetividade do doente, para assumir um novo território existencial.

Assim, as oficinas localizam-se num campo híbrido, móvel, instável, sem identidade, feito de experimentações múltiplas e aberto à intersecção com vários campos e saberes, o que pode garantir a elas um espaço menos restrito-como o de especialidade em saúde mental- e mais efervescente quanto às problematizações e descontinuidades produzidas, criando, assim, uma nova cultura de intervenções, escavada por essas experiências que pouco se intimidam com o discurso técnico vigente e que tentam escapar do modelo terapêutico normatizador. (Galletti, 2004, p. 37)

A mesma autora também traz algumas experiências com as oficinas de trabalho nos CECCOs (Centros de Convivência e Cooperativas) que puderam oferecer ao usuário o exercício da sua autonomia, realizando outro tipo de inserção social, como projetos de marcenaria ou alfaiataria. Nesses projetos, a maior preocupação deveria ser o processo das atividades e a união entre concepção e execução do trabalho. A complexidade destes projetos está atrelada com a necessidade de atenção para não entrar numa lógica puramente produtiva, característica do capitalismo. Para tanto, é preciso que haja a intenção de transformá-los em projetos sociais inclusivos, que transbordem as margens do serviço e se insiram no cotidiano do território.

A partir das diretrizes da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), de ações intersetoriais que garantam a integralidade do cuidado ao sujeito em sofrimento, pode-se pensar a saúde para além do consultório e o usuário do serviço de saúde para além da doença. Este modo de atuação em saúde mental carrega o potencial de criação de possibilidades diferenciadas de poder ser e estar no mundo, diversificando estratégias de cuidado por meio

de dispositivos que atuem como vetores de existência, reinventando o cotidiano das pessoas, ao entrar em contato com o território. A proposta de criação de dispositivos visa concretizar uma clínica “desassossegada e inquieta”, como disse Galletti (2004).

Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco (2014) ilustram bem o objetivo e o trabalho realizado pelos dispositivos clínicos:

Reconhecer, nos sinais que vêm da rua, um conjunto vivo de estratégias, de novas modalidades, formas de criar sentido, de produção de outras redes, de outros territórios existenciais e, com elas produzir outras e diversas redes de conexões. É preciso inventar espaços de encontros entre os trabalhadores das instituições fechadas com os profissionais que atuam em outros espaços na rua. Eles não se conhecem, o que está dentro do muro não sai para calçada, e os que estão fora não conseguem entrar no muro. Eles trabalham com as mesmas pessoas, mas não se dão a conhecer as outras redes as quais estas mesmas pessoas circulam. Os profissionais das ‘instituições formais’ (educação, saúde e assistência social) estão desconectados com a multiplicidade de existências que eles atendem. Não conhecem como essas pessoas circulam nos diferentes territórios, não têm a noção das existências que estas pessoas têm em outros lugares. Ao tomar e tornar seus lugares institucionais como centro e alvo de suas intervenções, restringem-se a pensar em políticas e ações tão focais, que se distraem ou não conseguem ver a produção da vida, ali onde é potente. (Merhy, Gomes, Silva, Santos, Cruz e Franco, 2014, p. 155)

É desta posição que se entende a importância da construção do projeto de um dispositivo clínico “Bar do Piri” e sua prática realizada no estágio do 5º ano do Núcleo de Crise do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica, no ano de 2015.

4.3 O dispositivo “Bar do Piri”

O presente trabalho foi inspirado no projeto do dispositivo “Bar do Piri”, circunscrito na experiência de estágio curricular supervisionado que tomou lugar na UBS Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa, no bairro da Vila Rica, em São Paulo, no ano de 2015. A proposta do estágio junto ao NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) constituiu-se na participação semanal em

reuniões de equipe, bem como em outros projetos da UBS. O NASF¹¹ é formado por uma equipe multidisciplinar que trabalha de forma integrada às equipes da ESF (Estratégia Saúde da Família), apoiando-as e compartilhando saberes. De acordo com o Ministério da Saúde (2013):

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando sua abrangência e resolubilidade. São equipes multiprofissionais que devem trabalhar de forma integrada às equipes Saúde da Família, apoiando-as e compartilhando saberes. A lógica do trabalho deve ser o apoio matricial. (Ministério da Saúde, 2013)

O projeto de ampliação do cuidado territorial, do qual se tratará neste trabalho, lançou-se no início em 2014 como uma intervenção psicossocial de caráter intersetorial possibilitada pelo PROPET-SAÚDE/PUCSP. A atividade envolveu profissionais de diversas áreas da atenção básica, junto às instituições UBS Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, CAPS AD, CAPSi e PUCSP. Após o término do projeto em parceria com a PUC, no fim de 2014, a atividade foi entendida como uma ação territorial fundamental e assumida pela Supervisão Técnica de Saúde da região Fó/Brasilândia, para compor o cuidado em saúde mental.

A ação, surgiu a partir do diálogo dos profissionais envolvidos sob observação das demandas do território e visa abordar a redução de danos, especialmente no que se refere ao uso prejudicial de álcool e outras drogas e ampliar a ideia de apoio matricial. Entre os focos pode-se destacar a instrumentalização dos profissionais para proporcionar a efetivação da clínica ampliada e da garantia de acesso, de modo a construir uma relação mais horizontal entre população e dispositivos de cuidado. (Freitas e David, 2015, no prelo)¹²

Em março de 2015, quando iniciei o estágio, foi realizada uma reunião com diversos equipamentos do território, abarcando técnicos do CAPS AD, CAPSi, profissionais do NASF, agentes comunitários, estagiários e lideranças

¹¹ Retirado da cartilha “Núcleos de Apoio à Saúde da Família- Conceitos e diretrizes” do Ministério da Saúde, de setembro de 2013.

¹² Trecho retirado do texto não publicado “Apoio Matricial – Ampliação do cuidado territorial” escrito pelos profissionais do CAPSi Helen Isabel de Freitas (terapeuta ocupacional) e Emiliano Camargo David (psicólogo), em maio de 2015.

da comunidade. Nesta reunião, retomou-se a importância do projeto “Bar do Piri” como parte do cuidado em saúde mental, que se apresenta como uma grande demanda do território. A partir da retomada de conceitos como trabalho intersetorial, multidisciplinaridade, cuidado integral e clínica ampliada, discutiu-se a relevância do projeto no que se refere à prevenção e promoção de saúde e mostrou-se como, historicamente, a atenção básica têm demonstrado dificuldades no atendimento de casos de saúde mental, realizando encaminhamentos que sobrecarregam outros serviços, que acabam por não dar conta da demanda.

O projeto do “Bar do Piri” constitui uma das três vertentes de ação no território, sendo as outras a do “Buracão” e o “Encontro de Familiares”. O “Buracão” compõe um campo de várzea, que, em 2014, perdeu o convênio com a Secretaria de Esportes e atualmente é mantido por lideranças comunitárias. O local é frequentado diariamente para a prática de atividades esportivas, tendo 150 crianças e adolescentes cadastrados. Neste local, o objetivo é voltado sobretudo à prevenção e promoção de saúde, convocando, uma vez ao mês, a realização de atividades no campo pelas equipes da Estratégia Saúde da Família e de seus apoiadores numa clínica criativa que ultrapasse as estratégias tradicionais de cuidado.

Tendo tomado lugar, inicialmente, em 2014, no espaço de uma sala, o Encontro de Familiares era voltado para pessoas que vivenciavam, dentro de seu núcleo familiar, contextos de uso abusivo de substâncias psicoativas. Em 2015, porém, apesar da tentativa de retomada deste encontro, não apareceram participantes. Então, em conjunto com os agentes comunitários e os outros profissionais envolvidos, tomou-se a decisão de deslocar a estratégia de formação deste grupo de famílias de um espaço delimitado para um território onde se identificava a circulação de pessoas em situação de rua, além de outros núcleos de pessoas que lá permaneciam que revelavam uma situação de vulnerabilidade social. Assim, os agentes comunitários, profissionais do NASF, técnicos do CAPS AD, redutores de danos e estagiários passaram a ir, semanalmente, numa praça, oferecendo escuta e cuidado em saúde, efetivando intervenções de acordo com a demanda da população do local.

O projeto do “Bar do Piri” toma lugar nas proximidades da UBS Galvão.

A proposta de aproximação com a comunidade do local foi pensada tendo em vista que, nas proximidades do bar, encontra-se uma região de grande vulnerabilidade e alto índice de atividades ligadas ao álcool e a outras drogas. Iniciada em 2014 e retomada em março de 2015, esta atividade consiste nos profissionais dos equipamentos de saúde realizarem visitas semanais ao bar, no mesmo dia e horário. Os profissionais que se propuseram a ir ao Bar do Piri foram duas agentes comunitárias, dois técnicos do CAPSi, uma profissional do NASF e uma estagiária da PUCSP. O grupo para ir ao bar deveria ser seletivo e fixo, tendo em vista a estratégia de aproximação a longo prazo da população frequentadora do local a partir da perspectiva da Redução de Danos.

A redução de danos se caracteriza como uma abordagem ao fenômeno das drogas que visa minimizar danos sociais e à saúde associado ao uso de substâncias psicoativas. O início destas intervenções foi marcado por ações no campo da saúde, que hoje tem se ampliado da esfera do direito à saúde para a do direito à cidadania e dos Direitos Humanos. As práticas de redução de danos buscam a socialização política de usuários de drogas de maneira crítica, no sentido de se tornarem protagonistas, de promoverem o auto-cuidado com a saúde e a busca por direitos, pela discussão de políticas governamentais e políticas de estado, numa perspectiva que passa pelo individual e também pelo coletivo. (Almeida et al, 2015, no prelo)¹³

O bar onde se realiza o projeto, consiste num estabelecimento que vende não apenas bebidas alcoólicas, mas também produtos de mercearia como alimentação em geral, artigos básicos de cozinha e higiene pessoal, cuja população que o frequenta estabelece uma relação singular:

Dessa maneira vimos nesta relação construída pelo dono do bar uma possibilidade de aproximação com os usuários de drogas que em muitos casos não frequentavam a UBS e nenhum outro equipamento de saúde, seja devido ao imaginário do usuário de drogas, que muitas vezes não se sente acolhido pelos equipamentos, ou dos próprios profissionais de saúde que não se sentem confortáveis em lidar com a questão por conta da

¹³ Retirado do texto não publicado “Apoio Matricial e Redução de Danos: relato de uma experiência no SUS São Paulo” elaborado por profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, professores e alunos da PUCSP do Programa PET-Saúde.

estigmatização ou da dificuldade em se tratar dessa temática.
(Almeida et al, 2015, no prelo)

Algumas estratégias adotadas para a aproximação com a população foram os recursos do próprio estabelecimento, como o jogo de dominó, a conversa no balcão, e a permanência no espaço externo. A equipe que se dirigiu ao bar, ao longo das visitas, decidiu por três estratégias principais: o balcão de conversa, a mesa de jogo de dominó e o espaço de circulação externo ao estabelecimento. Desta forma, além da aproximação com a população do território, também criou-se espaço de palavra e cuidado com o dono do bar.

De início, houve o estranhamento da população ao ver, no local, a equipe de saúde, identificada pelas agentes comunitárias. Durante o primeiro mês de realização das visitas, diversos moradores se aproximaram da equipe buscando entender o que ocorria e qual o objetivo de estarmos ali. O questionamento foi feito também entre próprios componentes da equipe. O objetivo era oferecer a escuta a sujeitos que ali estivessem e, desta forma, apresentaria-se ao território uma nova maneira de atuação dos serviços de saúde.

Esta nova maneira de atuação, móvel, permitiu que se ouvisse a voz de pessoas que nunca haviam sido escutadas em visitas domiciliares. Além disso, foi possível manter a presença da escuta e do cuidado, semanalmente, num local frequentado sobretudo por usuários de álcool e outras drogas.

Assim, frente a essa experiência, ampliar espaços de atuação dos profissionais da saúde no território, dentro de uma perspectiva reducionista e com acolhimento e escuta, nos pareceu promover maiores probabilidades de entrar em contato e planejar ações com esses usuários e de (re)aproximá-los à rede de cuidado em saúde, o que poderia não ocorrer se apenas se esperar que o usuário compareça a sua unidade básica de saúde ou que sua ACS se apresente em sua casa, onde por muitas vezes pode não estar. (Almeida et al, 2015, no prelo)

O projeto e suas vertentes tiveram como objetivo a instrumentalização e a sensibilização da atenção básica para o olhar em saúde mental, buscando

a aproximação dos equipamentos de saúde de uma população que não consegue o seu acesso, pela dificuldade em se compreender a necessidade do cuidado nestes casos. A partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica e do SUS, de cuidado integral, torna-se possível transformar o modelo de atendimento tradicional em outras formas de abordagem que também se caracterizam como atendimento em saúde.

Entender que ter saúde implica não somente a ausência de doenças, mas que vai além até mesmo da definição da OMS sobre saúde, é entender a necessidade de atribuir os propostos da promoção da saúde como estratégia para o (re) pensar no modelo de saúde, incorporando o indivíduo e a coletividade de acordo com suas necessidades, seus determinantes e condicionantes .E é dentro deste contexto que a proposta de intervenção no Bar do Piri foi criada. (Almeida et al, 2015, no prelo)

Ao longo da construção do projeto, nas reuniões semanais matriciadas pelos profissionais do CAPS AD, CAPSi e NASF, discutiu-se o conceito de saúde e as transformações do cuidado nesta área. Trazida pelas próprias agentes comunitárias do território, a ferramenta da clínica ampliada implementada da Estratégia de Saúde da Família, que prevê o enfoque no contexto social do sujeito levando em conta aspectos da vida familiar, pode ser apropriada a partir deste projeto

A partir daí, pode-se levantar questões sobre como produzir mais saúde no território para além da medicalização e internação. A ação do Bar do Piri foi considerada pelos profissionais nela atuantes como parte integrante da Estratégia de Saúde da Família. Constatamos que o modelo tradicional de atendimento, em que os equipamentos de saúde devem reger o modo de vida do sujeito, pode ser ampliado pelo cuidado e se aproximar das histórias de cada um, levando em conta o seu sofrimento, a partir da escuta.

O estar no território dentro desses espaços onde frequentam e circulam os usuários mostra-se potente para que o vínculo com a saúde seja fortalecido, ou estabelecido em um primeiro contato. Por ser um ambiente descontraído em que o profissional estará realizando atividades típicas do local, por exemplo jogando,

afinidades do usuário. Desse modo a ação de um ACS não traz o significado fechado de saúde em uma UBS, mas indica uma abertura para o entendimento do outro. Essa postura abre uma oportunidade para que o usuário se coloque, procure e solicite cuidado estando em um local que lhe é familiar, propiciando segurança para entrar em contato com um agente e longe do tradicional espaço de saúde, UBS, CAPS, Hospital, etc. (Almeida et al, 2015, no prelo)

O projeto da UBS, junto à equipe técnica do CAPSi e CAPSAD, com a participação dos agentes comunitários, mostrou-se essencial para a modificação de paradigmas dentro da instituição, especialmente em relação ao cuidado em saúde mental. O trabalho realizado no Bar do Piri consiste em ir ao território e se afetar pela dinâmica que ocorre no local. A metodologia do atendimento torna-se a possibilidade de se estar lá e perceber o espaço nas suas relações. A saúde deve estar nos espaços onde há demanda, porém como um dispositivo de cuidado que faça sentido em cada contexto. Como aponta (2009):

(...) nós apostamos nessas experiências, na conformação de trabalhadores que deveriam, primeiro, se submeter à presença do outro, ou seja, trabalhadores que deveriam se posicionar no mundo do cuidado para serem afetados. Afetados pela presença do outro e, através desse efeito da presença do outro, poder operar nesse encontro a construção de qualquer coisa que pudéssemos chamar de prática de um cuidado (Merhy, 2009, p 26).

A ação no Bar do Piri se trata de um projeto em constante construção, em que as estratégias de aproximação e cuidado são pensadas criativamente e ao longo das visitas, a partir do que se apresenta. Dessa maneira, não se chega com uma proposta de atendimento pronta, mas se trabalha o olhar para as questões apresentadas pelo sujeito. Portanto, o dispositivo deve estar sempre se revendo em suas intervenções, culminando na criação de novos dispositivos que se mostram necessários a partir da demanda da população do território.

Exemplificando este movimento essencial de desconstrução e reconstrução de um dispositivo: após seis meses da criação do projeto “Bar do Piri”, passaram a frequentar, nas proximidades do bar, um grupo de

crianças, moradoras da região. A equipe de saúde, então, buscou se aproximar destas crianças, entendendo seu contexto de vida e percebendo sua vulnerabilidade, a partir de brincadeiras. Passou-se a realizar atividades que visaram o aumento do repertório do brincar e do lúdico para as crianças, entendendo que isso também se trata de cuidado e prevenção em saúde.

Sendo assim, o projeto não se encerra, mas pode-se observar seus efeitos. Mostrou-se que a Rede pode se configurar para além dos serviços e equipamentos de saúde, ao mostrar sua capacidade de atuação no território da demanda. Pode ser reconhecida, também, a potência do encontro com o outro e, a partir desta relação, pensar o trabalho em saúde mental. Foi possível o trabalho de desconstrução e reformulação de conceitos cristalizados como o de “saúde”, retirando o foco do trabalho na doença e pensando o cuidado do sujeito em sua integralidade. Por fim, destaca-se a possibilidade de construção de narrativas, a partir de uma clínica do sujeito que, ao fornecer escuta, permite que sejam ditas novas histórias.

5. Metodologia

O caminho metodológico do presente trabalho parte de um estudo teórico ilustrado por uma experiência de estágio. O estudo teórico buscou investigar modelos de atenção e práticas clínico-institucionais no campo da saúde mental, por meio de um resgate bibliográfico acerca da história das políticas brasileiras de atenção nesse campo. A experiência de estágio do núcleo “Contextos em Crise: intervenções clínico-institucionais” no “Bar do Piri”, por sua vez, retrata um dispositivo potencial de transformação dos modelos de atenção e práticas clínicas, realizando um trabalho intersetorial em clínica ampliada.

De acordo com Minayo (1993): “O pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria-prima das vivências, das experiências, da cotidianidade e também analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada” (Minayo, 1993, p.24). Assim, buscou-se, a partir de uma vivência, problematizar as ações de produção de saúde e cuidado integral, no âmbito da saúde pública.

Este trabalho foi impulsionado pelo projeto do dispositivo “Bar do Piri”, circunscrito na experiência de estágio curricular supervisionado que tomou lugar na UBS Dr. Augusto Leopoldo Ayrosa, no bairro da Vila Rica, em São Paulo, no ano de 2015. O estágio junto ao NASF constituiu-se na participação semanal na atividade de Redução de Banos “Bar do Piri”, bem como na reunião destinada à elaboração das vivências do território e reconstrução de conceitos e objetivos, repensando as práticas de promoção saúde.

A pesquisa tomou como arcabouço teórico as contribuições da Psicologia Institucional para reconstruir o percurso que veio influenciar a atuação clínica no Brasil, repensando as práticas asilares e manicomiais, propondo novas maneiras de cuidado ao sujeito em sofrimento. O levantamento da bibliografia produzida pela Reforma Psiquiátrica foi elemento importante para embasar a mudança dos modelos de atenção em saúde mental no Brasil, nos serviços substitutivos. A protagonização do sujeito em sofrimento na atenção psicossocial foi problematizada nesta pesquisa, a partir dos referenciais teóricos da Psicologia Institucional, tendo como base a análise documental e institucional da saúde pública brasileira, como portarias e cartilhas do SUS, sobretudo referentes às conquistas da Reforma Psiquiátrica e à implementação da clínica ampliada.

Segundo Minayo (1993), as teorias são discursos que orientam o olhar, mas se tratam de um recorte de uma realidade mais rica e complexa. Por isso, as experiências vividas no território pela pesquisadora e a leitura da produção elaborada acerca do projeto deram consistência ao problema de pesquisa, ilustrando um dispositivo em prática que revela as vivências de um território em situação de vulnerabilidade. O objeto de estudo em questão é, portanto, qualitativo, referindo-se ao “universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. Esse conjunto de fenômenos é entendido aqui como parte da realidade social” (Minayo, 1993, p.21).

A partir das vivências proporcionadas pelo estágio foi possível indagar sobre a construção de dispositivos clínico-institucionais no campo da atenção psicossocial, exemplificando no “Bar do Piri” formas de atuação em saúde, como a Redução de Danos, a partir da perspectiva da clínica ampliada de

cuidado integral ao sujeito, a partir do que se configura como demanda durante o estar no território. Como dizem Calil e Arruda (2004):

Não podemos, no entanto, adaptar nosso objeto de estudo a um método específico, escolhido pelo fato de ser mais aceito ou mais fácil de ser seguido. É o método de pesquisa que deve se adaptar, de acordo com as características do objeto que é pesquisado, dentro do contexto teórico com o qual o objeto é focado (Calil e Arruda, 2004, p.100)

Sendo assim, por relacionar-se com um dispositivo “em construção”, a própria pesquisa foi se configurando a partir das experiências adquiridas no estágio e o método de pesquisa foi se adaptando conforme as vivências da pesquisadora no projeto do “Bar do Piri”. A pesquisa, ao contrário do projeto, atinge um limite de produção, mas dá abertura para a constante problematização da reinvenção das práticas de saúde no território, pensando uma atuação “além dos muros”.

6. Considerações finais

A partir do que foi apresentado neste trabalho, pode-se apontar considerações importantes no que concerne às transformações no campo da saúde mental. As conquistas da reformas Psiquiátrica e Sanitária, no Brasil, colocaram em questão o modo de atenção à saúde mental asilar e manicomial, propondo novos modelos de cuidado e transformando o paradigma cultural da loucura. Contudo, a criação de uma rede substitutiva não garante o encerramento de práticas manicomiais.

Para que os serviços substitutivos que surgiram da desinstitucionalização dos “loucos” oferecessem um cuidado voltado à garantia de direitos e exercício de autonomia, as instituições também tiveram que se desenclausurar, abrindo-se à formação de uma Rede de Atenção Psicossocial territorializada. As instituições, deixando suas características “totais”, passaram a se implicar em novas diretrizes da saúde pública brasileira, buscando outras maneiras de estar com o sujeito em sofrimento, contemplando sua dimensão subjetiva nas práticas de atenção. Nesse

sentido, para que haja uma real “desinstitucionalização” dos usuários, entende-se como prática fundamental que a instituição ofereça “saídas para fora dela mesma” (Galletti, 2004, p.100).

Essa perspectiva propõe “tensionar o campo da clínica”, de modo que o ambiente terapêutico se transforme num espaço de jogo, de criação, de abertura (Galletti, 2004, p.87). Isso faz com que entre em questão não somente o modelo de cuidado oferecido aos usuários dos serviços, mas também como se estabelecem as relações entre os profissionais das instituições. A formação de uma rede de cuidado inscrita num território e o trabalho intersetorial multidisciplinar, para que tenham sua efetividade, requerem transversalidade nas relações institucionais, de forma a descristalizar tanto a hierarquização quanto a verticalização das relações seja entre os próprios profissionais e a gestão, seja entre esses e os usuários do serviços. Essa articulação abarca a dimensão política do trabalho em saúde e saúde mental, propondo novas constituições de laços e possibilidades de diálogo com o sujeito em sofrimento, a partir da construção de uma rede de cuidado.

Esse modo de atuação em saúde, como foi apresentado a partir da experiência realizada, parte de uma posição que visa a implicação do sujeito na sua produção de saúde, incluindo ambas as dimensões política e subjetiva da atenção psicossocial. As contribuições da Psicoterapia Institucional francesa, a exemplo da experiência da Clínica de La Borde, e da Análise Institucional, mostraram a possibilidade de reformulação das práticas de trabalho em saúde mental, influenciando o aparecimento de novos dispositivos clínicos.

No Brasil, a implantação do Programa Saúde da Família¹⁴ sob a perspectiva da Clínica Ampliada e Compartilhada se propôs a atuar como uma estratégia de atuação, em territórios descritos, se aproximando dos contextos sociais dos usuários, incluindo-os na construção de seus projetos terapêuticos. Porém, como aponta Cunha (2005):

¹⁴ Programa Saúde da Família (PSF), incluído na Política Nacional de Atenção Básica, em 1994, pelo Ministério da Saúde.

O PSF, portanto, apesar dos seus avanços, continua reforçando a necessidade de discussão e elaboração sobre a prática clínica de todos os profissionais, principalmente o médico. Muda-se o modelo de atenção, referencia-se a clientela, faz-se reuniões, faz-se gerenciamento mais centrado nos resultados do que nos procedimentos e nem sempre isso transforma a clínica da forma que precisamos. (Cunha, 2005, p.21)

A dificuldade de implantação de um novo modelo de atenção se soma a outros obstáculos de transformação do imaginário social da loucura e do que se entende como produção de saúde. O paradigma associado ao cuidado de forma integral e universal problematiza a necessidade de mudança de um modelo tradicional cristalizado de atendimento em saúde, propondo novas formas de atuação. Esses dispositivos implicam na dificuldade de quantificação do trabalho, utilizando-se de tecnologias leves que não conseguem ser capturadas por sistemas de gerenciamento estruturado numa quantificação de resultados.

Parte essencial do trabalho em saúde seria *tecnologia leve*, produzida no ato na relação terapêutica, e isso explicaria a dificuldade de capturá-la por sistemas de gerenciamento estruturado, como protocolos e modelos de atenção. (Merhy apud Cunha, 2005, p.19)

A proposta de construção de dispositivos clínicos no campo da atenção psicossocial surge como parte da estratégia de modificar e reinventar a clínica da saúde mental, criando espaços de circulação e de trocas em que o sujeito possa se dizer para além do seu sintoma. Como disse Cunha (2005):

(...) a clínica assume uma responsabilidade muito maior do que tratar “o doente e não a doença”. Trata-se de reconhecer um compromisso com o Sujeito e a sua capacidade de produção da sua própria vida. (Cunha, 2005, p.58)

O dispositivo “Bar do Piri” mostrou-se um campo que permitiu ressignificar as práticas de atenção em saúde, permitindo a construção de narrativas de sujeitos em sofrimento e escutando suas trajetórias para encontrar, junto a eles, modos de produzir saúde no território. O dispositivo

possibilitou o acolhimento a sujeitos não contemplados pelos serviços vigentes e suas instituições, como os usuários de drogas. A falta de protocolo, nesta perspectiva, mostrou-se uma ferramenta potente no encontro com o outro, criando intervenções a partir do que se apresentou como demanda aos profissionais da saúde. Como aponta o relatório referente às ações de apoio matricial no território:

Alguns paradigmas foram rompidos ao se propor e fazer ações em saúde e atendimento dentro de um boteco, proporcionando novas compreensões sobre o cuidado em saúde e sobre os usuários de álcool e outras drogas, bem como das questões que advêm dessa relação. Trabalhou-se o medo e ampliou-se as ferramentas de cuidado. Desconstruiu-se mitos e enfrentou-se a moral. (Almeida et al, 2015, no prelo)

Entretanto, deve-se estar atento para as cristalizações, estando constantemente revendo objetivos e práticas institucionais para que o dispositivo não se estratifique e perca seu potencial de “territorialização”. A revisão de conceitos, a significação das vivências e a concepção de trajetórias clínicas mostram-se importantes processos de trabalho. Esta ferramenta permanentemente “em construção”, mantendo-se aberta ao que surgir do sujeito e do território como demanda, atuando na garantia de direitos e de cidadania, revela-se um instrumento no caminho para transformação de paradigmas em relação à loucura e outros modos de viver “patologizados”, em nossa sociedade não ainda “sem manicômios”.

Sendo assim, os dispositivos, estratégias e ferramentas não se bastam na busca pela transformação do paradigma da loucura e dos modelos de atenção em saúde. O desafio da atuação em atenção psicossocial é o de criar espaços em que diferentes modos de subjetivação possam existir, não sob forma de sintoma, mas sob a perspectiva da equidade, ultrapassando as margens dos limites da desrazão.

7. Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Isabella Silva et al. “Apoio Matricial e Redução de Danos: relato de uma experiência no SUS São Paulo”. No prelo. São Paulo, 2015.

AMARANTE, Paulo. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 73-84

AMARANTE, Paulo. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: FERNANDES, Maria Inês Assumpção; SCARCELLI, Ianne Régia & Costa, Eliane Silva (org). *Fim de Século ainda sem manicômios?*. São Paulo: IPUSP, 1999. p.47-52

AMARANTE, Paulo. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: SDE/ENSP, 1995.

AMARANTE, Paulo. A (clínica) e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-67

AMARANTE, Paulo; ROTELLI, Franco. Reformas psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In: BEZERRA Jr, Benilton; AMARANTE, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem hospício*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992, p.41-55.

ANAYA, F. Reflexão sobre o Conceito de Serviço Substitutivo em Saúde Mental: a Contribuição do CERSAM de Belo Horizonte- MG. 2004. 168p. Dissertação - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2004.

ANDRADE, L.O.; BARRETO, I.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa(org); MINAYO, Maria Cecília de Souza(org); AKERMAN, Marco(org);

DRUMOND Júnior, Marcos(org); CARVALHO, Yara Maria de(org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro; Hucitec; Fiocruz; 2009. p. 783-836.

BAREMBLITT, Gregório F. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

BARROS, Denise D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução do saber. In: AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 171-195

BEZERRA Jr., Benilton. Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos. In: BEZERRA Jr., Benilton e AMARANTE, Paulo (orgs.) *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.1992. p. 31-37

BORGES, F.B. *O Clube dos Saberes no Hospital: análise institucional de uma intervenção*. São Paulo, 2009. 153p. Mestrado em Psicologia Social- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CALIL, R. C. C.; ARRUDA, S. L. S. Reflexões sobre o método qualitativo em ciências humanas. In: *Método Qualitativo, epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 93-105

CAMPOS, Gastão Wagner; CAMPOS, Rosana T. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa(org); MINAYO, Maria Cecília de Souza(org); AKERMAN, Marco(org); DRUMOND Júnior, Marcos(org); CARVALHO, Yara Maria de(org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro; Hucitec; Fiocruz; 2009. p. 669-688.

COSTA, Jurandir Freire. *História da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Garamond, 2007.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C; YAUSI, S. Atenção Psicossocial - rumo a um novo paradigma de Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, Paulo. (Coord). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.

p. 13-44.

CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: HUCITEC, 2005. p.15-20.

DELEUZE, Gilles. O que é um dispositivo? In: *O mistério de Ariana*. Lisboa: Vega, 1996.

DEJOURS, Christophe. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, vol.14, nº54, Abril, Maio, Junho, 1986.

FREITAS, H.I.; CAMARGO, E.D.. Apoio Matricial – Ampliação do cuidado territorial. Texto não publicado. São Paulo, 2015.

GALLETTI, Maria Cecília. *Oficina em saúde mental: Instrumento terapêutico ou intercessor clínico?* Goiânia: UCG, 2004.

GOFFMANN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade*. Aparecida: Idéias & Letras, 2004.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. *Micropolítica: Cartografia do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

LUZ, Madel. A História de uma marginalização: a política oficial de saúde mental- ontem, hoje, alternativas e possibilidades. In: AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. p. 85-95.

MERHY, E. E. Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A. M. (Org.). *Caderno Saúde Mental: Os desafios da formação*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2009. v. 3.

MEHRY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. *Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da*

rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, out. 2014.

MICHAUD, G. *La Borde... un pari necessaire- de la notion d'institution à la psychotérapie institutionnelle*. Paris: Gauthier- Villars, 1977.

MINAYO, M. C. S. *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1993.

MOURA, Arthur H. *A Psicoterapia Institucional e o Clube dos Saberes*. São Paulo: Hucitec, 2003.

OURY, J. Thérapeutique Institutionnelle. In: *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris: Payot, 1976. p. 250-255.

PÉLBART, Peter P. Manicômio Mental- A outra face da clausura. In: LANCETTI, Antonio (dir.) *Saúde e Loucura*, n.2, São Paulo: HUCITEC, 1990. p.131-138

PINEL, P. *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania*. Tradução: Joice Armani Galli. Porto Alegre: Editora da UFRGS 2007.

RAUTER, Cristina. Oficinas para que? Uma proposta Ético-Estético-Política para oficinas terapêuticas. In: Amarante, P. (org.). *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental, Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 267-278.

ROCHA, R. S. *Intervenção como produção: estudo sobre a Oficina de Expressão do SPA da UFF*. Niterói, 1997. Monografia- Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

ROTELLI, F. Desinstitucionalização: uma outra via. In Nicácio MF. *Desinstitucionalização*. Hucitec, São Paulo, 1990. p. 17-59.

SILVA, S. F. *Rede de Atenção à Saúde no SUS: O Pacto pela Saúde e Rede*

regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA e CONASEMS, 2008.

SIMON, H. *Une Thérapeutique Plus Active L'Hôpital Psychiatrique*. Ed W. De Grueter, Berlim, 1929.

VASCONCELOS, Cipriano M.; PASCHE, Dário F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa(org); MINAYO, Maria Cecília de Souza(org); AKERMAN, Marco(org); DRUMOND Júnior, Marcos(org); CARVALHO, Yara Maria de(org). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro; Hucitec; Fiocruz; 2009. p. 531-562.

VERTZMAN, J. SERPA JR., O. CAVALCANTI, M.T. Psicoterapia Institucional: uma revisão. In. *Psiquiatria sem hospício*. Relume Dumara, Rio de Janeiro, RJ. 1992.