



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

PAOLA CELINA DE CARVALHO SILVA

**ENTRE O CONTROLE E A AUTONOMIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS
PRÁTICAS NO ATUAL MODELO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA
DE PSICÓLOGAS DE CAPS**

SÃO PAULO

2014



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E DA SAÚDE
CURSO DE PSICOLOGIA**

PAOLA CELINA DE CARVALHO SILVA

**ENTRE O CONTROLE E A AUTONOMIA: CONSIDERAÇÕES SOBRE AS
PRÁTICAS NO ATUAL MODELO DE SAÚDE MENTAL NA PERSPECTIVA
DE PSICÓLOGAS DE CAPS**

Trabalho de Conclusão de Curso para
graduação no curso de Psicologia, sob
orientação do Prof. Dr. Plínio de
Almeida Maciel Junior.

SÃO PAULO

2014

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elizabeht e Carlos, por acreditarem nos meus sonhos e fazê-los possíveis.

A toda a minha família, que compreendeu a distância necessária.

Aos amigos e companheiros dessa trajetória, em especial aos que se mantiveram depois de tantas mudanças.

Ao companheiro Eduardo Consoni, por todo amor, apoio e dedicação.

Ao Prof. Plínio de Almeida Maciel Junior, pelas orientações, paciência e dedicação durante todo o percurso.

As psicólogas participantes por toda a disponibilidade.

Dos amigos, em especial à Cristina Senlle, pelas ideias iniciais.

A todos os colegas de PUC que participaram de alguma maneira desse caminho.

RESUMO

Este trabalho foi inicialmente pensado a partir da reflexão acerca de debates sobre a Reforma Psiquiátrica. Os serviços da rede de Saúde Mental criados a partir dela têm como objetivo a restituição plena de direitos e de vantagens dos usuários, através da reinserção social, da oferta de novas possibilidades de ser, da atenuação ou desaparecimento das barreiras sociais e do resgate da autonomia dos sujeitos. Considerando a caminhada ainda recente da rede de Saúde Mental e dos CAPS, há uma preocupação em relação à possibilidade de manicomialização desses serviços, que advém do fato de que muitos de seus profissionais trabalharam em hospitais psiquiátricos. Nesse sentido, questiona-se se as práticas profissionais hoje dentro de alguns serviços substitutivos da rede pública ocorrem também como estratégia de controle. O objetivo deste trabalho foi compreender em que medida os profissionais conseguem sustentar na ação cotidiana do exercício profissional na instituição (CAPS) as premissas do discurso epistemológico antimanicomial que orientam esta prática e, nos casos em que foram constatados conflitos entre o pensar e o fazer, entender e discutir quais situações parecem favorecer a emergência dos mesmos. O trabalho realizado foi do tipo teórico-prático. Para a parte teórica, foi feita extensa revisão bibliográfica da literatura sobre o tema. E para a parte prática foram feitas entrevistas semi-dirigidas com duas psicólogas de CAPS. Como principais conclusões da análise das entrevistas destacaram-se: o atual modelo de saúde mental estabelece diretrizes inovadoras, mas também se depara com entraves administrativos que impõem dificuldades à realização do que está preconizado; o modelo de Saúde Mental é composto também pelos trabalhadores que dele fazem parte, pelos usuários e familiares que dele participam e das práticas que os ligam uns aos outros. Por isso a importância de verificar se as práticas estão sendo promotoras de co-participação, co-construção e co-cuidado.

palavras-chave: autonomia, controle, saúde mental.

SUMÁRIO

Introdução.....	1
1. O surgimento dos Hospitais Psiquiátricos.....	4
2. O surgimento dos manicômios no Brasil.....	12
3. Reforma Psiquiátrica no Brasil e a implantação da rede substitutiva.....	21
4. A reestruturação das práticas profissionais pós Reforma Psiquiátrica.....	31
5. Controle e Autonomia: possíveis contradições presentes no atual modelo de Saúde Mental.....	33
6. Método.....	38
7. Análise e Discussão das Entrevistas.....	42
8. Considerações Finais.....	71
Referências Bibliográficas.....	74
Anexo A.....	78
Anexo B.....	79

Este trabalho foi inicialmente pensado a partir da reflexão acerca de debates sobre a Reforma Psiquiátrica. Nesses debates são discutidas as novas práticas dos profissionais que atuam com saúde mental pós-reforma, que visam favorecer ao sujeito a retomada de sua própria autonomia, diferentemente do que ocorria nas instituições manicomiais em que era retirada do sujeito toda possibilidade de escolha quanto a seu agir, pensar, sentir, ser, com objetivo de mantê-lo inteiramente controlado pelo poder do Estado.

Para compreender como se deu a Reforma Psiquiátrica no Brasil, acredito ser necessária a contextualização da mesma. Para que fique claro o modo como a Reforma se inicia, penso ser importante apresentar de forma contextualizada como se constituiu o lugar do louco que esta reforma e o Movimento de Luta Antimanicomial criticaram e denunciaram, buscando propostas de resgate da dignidade e cidadania das pessoas que até então ocupavam este lugar. Ao compreender o novo lugar que se propõe aos indivíduos acometidos por algum tipo de sofrimento mental grave, busco neste trabalho refletir sobre a nova lógica assistencial à loucura, partindo das lógicas assistenciais e de tratamento anteriores às que a Reforma se contrapõe.

Sendo assim, proponho uma reflexão dialética entre a forma como o sujeito louco era visto antes dos primeiros movimentos que deram origem às Reformas Sanitária e Psiquiátrica, e o lugar que ele passou a ocupar na sociedade após as mesmas, algo que exigiu uma nova configuração de assistência e tratamento.

O sentido que se dá para determinadas manifestações como a que chamamos delírio, por exemplo, pode variar conforme as mais diversas crenças. Em algumas culturas, o delírio é tido como acesso ao mundo imaterial, espiritual, e as pessoas que têm essa experiência adquirem importância especial na comunidade que habitam: este é o caso dos Xamãs, por exemplo. Isso nos diz da diferença cultural determinando o que é ou não impróprio para cada comunidade ou sociedade. O que em nossa cultura é considerado doença em outra pode ser considerado um dom divino (FRAYZE-PEREIRA, 2008).

Para Georges Ganguilhem, é próprio da doença, seja orgânica ou psíquica, vir interromper o curso de algo. Logo, a doença é sempre vista em relação: em relação ao anterior, em relação aos outros. Por isso, é comum que a doença mental seja vista com uma conotação negativa, já que é colocada sempre em comparação com o que cada cultura determina como normal, que, por sua vez, é um termo relacionado à idéia de saúde (FRAYZE-PEREIRA, 2008).

Vários sentidos são dados à loucura através dos tempos e espaços históricos. Em “O que é Loucura”, João A. Frayze-Pereira mostra quais os possíveis sentidos dados para a loucura. Algumas concepções são favoráveis e outras desfavoráveis, mas o importante é perceber que qualquer concepção que localize a loucura no indivíduo desconsidera que ela expressa algum sentido presente no contexto do qual emerge. Numa sociedade, ao mesmo tempo em que existem comportamentos, condutas e maneiras considerados normais e padrões sociais tidos como desvios dessas normas, também são criados mecanismos de controle e segregação daqueles que adotam tais padrões “desviados” (ROSA, 2011).

Cada sociedade em determinada época histórica cria formas e métodos de abordar o fenômeno amplamente difundido como loucura. No presente trabalho estão enunciadas várias formas de se tratar o fenômeno – loucura, alienação, doença mental, transtorno mental - e de conceber os indivíduos que experienciam o mesmo – louco, alienado, doente mental, portador de transtorno mental, portador de sofrimento mental grave. Esses termos utilizados são encontrados nas referências pesquisadas e dizem respeito às formas de denominar indivíduos e experiências através dos momentos históricos e do lugar social que se confere aos mesmos. Por isso é importante compreender que o termo utilizado em cada momento é produto do contexto a que se refere.

A seguir, apresentarei na forma de um breve histórico os modos como o sentido da loucura foi se transformando no mundo Ocidental a partir do século XVII, o que favoreceu o surgimento dos hospitais psiquiátricos e da própria Psiquiatria. Também discutirei como os sentidos europeus existentes até então para a loucura chegaram ao Brasil colonial e que transformações sofreram

naquele contexto e momento histórico, deixando suas marcas até os dias atuais. Posteriormente, ao abordar a atual política Federal de Saúde Mental para o país, refletirei sobre as contradições presentes nas práticas profissionais pautadas nesta política, principalmente no que diz respeito à dualidade entre controle e autonomia.

1. O surgimento dos Hospitais Psiquiátricos

Para contextualizar a trajetória da Reforma Psiquiátrica precisamos compreender que, muito antes de no Brasil ocorrerem internações em manicômios, um modo de tratamento se configurou em países que se localizavam na Europa Ocidental, sendo que teremos nesse primeiro momento como contexto principal a França, utilizada como referência nos livros “História da Loucura na Idade Clássica”, de Michel Foucault, e “A Ordem Psiquiátrica - A idade de Ouro do Alienismo”, de Robert Castel. As ideias desenvolvidas neste capítulo estão embasadas principalmente nestas duas obras.

Partindo do Antigo Regime francês, até o final do século XVIII, as internações não eram destinadas unicamente aos loucos, ou aos então chamados “alienados”, mas a toda parcela da população que por alguma razão transgredia a ordem moral e social vigente: miseráveis, mendigos, devassos, blasfemadores, portadores de doenças venéreas, loucos e libertinos de toda espécie (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2009).

Em 1656, no Antigo Regime, funda-se por decreto real, em Paris, o Hospital Geral, uma instituição que englobava diversos estabelecimentos sob uma administração única e destinada a recolher todos os pobres da cidade. Outros hospitais gerais são abertos a partir de 1676 em outras cidades na França, sendo que a maioria deles eram antigos leprosários reabertos pelas ordens do monarca ou do clero (FOUCAULT, 2009).

Apesar do nome, Hospital Geral, nada havia de caráter médico nesta instituição. Ela representava o poder estabelecido pelo rei entre a polícia e a justiça; os pobres de todo o tipo passam a ser os novos excluídos, sendo encaminhados para os hospitais gerais. A partir do século XVI a pobreza passa a ser vista como um obstáculo à ordem, uma falta contra o Estado, e por isso deve ser perseguida e reprimida. A prática de internamento figura como uma medida final de condenação aos pobres (FRAYZE-PEREIRA, 2008).

O louco, assim como os outros personagens encarcerados nos Hospitais Gerais, punha a moral da sociedade da época em risco, já que apresentava uma incapacidade para o trabalho e uma impossibilidade de integrar-se ao

grupo. Por isso, o louco e os outros renegados recebiam ordens do rei (*lettres de cachet*) para serem encarcerados; ou simplesmente eram detidos pela polícia, agente do poder executivo, que se usava do poder a si conferido para fazer valer muitos encarceramentos que na grande maioria não chegava à instância jurídica (CASTEL, 1978; FOUCAULT, 2009).

O louco era visto como desprovido de razão, de pensamento, por isso era considerado o homem na sua animalidade. Nas casas de internamento eram acorrentados como animais ferozes e eram mostrados como em um espetáculo. Os estabelecimentos possuíam aspecto de jaula e os homens acometidos pela loucura eram despojados de sua humanidade (FOUCAULT, 2009).

No Antigo Regime os loucos poderiam ter outra sorte que não a do encarceramento, desde que suas famílias conseguissem isolá-los do convívio social por elas mesmas. Mas caso fossem demasiado agressivos para serem contidos em família ou simplesmente não as tivesse, e se perambularem pelas cidades produzindo incômodo social, poderiam ser encarcerados pelo Estado. Em famílias mais ricas o louco era interditado para que estas ficassem com a tutela de suas posses, embora pudessem escolher interná-lo ou mantê-lo sob seus cuidados (CASTEL, 1978).

As famílias também eram responsáveis pelos internamentos, uma vez que o membro de uma família que enlouquecesse era motivo de vergonha e esta devia preservar a própria honra. Existia também o medo de que o desatino fosse transmitido caso se tornasse público. Por isso, as famílias ou pessoas da comunidade podiam pedir ao monarca ou à autoridade judiciária que concederia a reclusão, não sendo esta até então uma questão de ordem médica (CASTEL, 1978; FRAYZE-PEREIRA, 2008).

Após a Revolução Francesa de 1789, com a queda do Antigo Regime, a nova ordem social orientada pelos ideais iluministas, “liberdade, igualdade e fraternidade”, passa a questionar as antigas interações que não possuíam instrumento legal que as validassem:

No espaço de seis semanas após a publicação do presente decreto, todas as pessoas detidas nas fortalezas, casas religiosas, casas de

detenção, de polícia, ou quaisquer outras prisões, através das *lettres de cachet* ou por ordem dos agentes do poder executivo, a menos que sejam legalmente sentenciadas de aprisionamento, que tenha havido queixa contra elas na justiça por crimes passíveis de pena de mortificação, ou outros parentes reunidos tenham solicitado e obtido sua detenção de acordo com solicitações e relatos apoiados em fatos graves, ou enfim que elas sejam enclausuradas por loucura, serão colocadas em liberdade (Castel, 1978, p. 32).

A burguesia que ascende ao poder após a Revolução Francesa percebe que a prática de internamento de vasta parcela da sociedade, que estava sendo realizada até então, era uma medida prejudicial para a economia. A economia liberal percebe que, quanto mais numerosa for uma população, mais mão-de-obra possuirá, logo, mais riqueza poderá acumular. Assim, os pobres são reinseridos na sociedade, para que servissem à classe operária, mas os loucos são confiados às famílias. Quando soltos passam a representar perigo e ocasionar vergonha para a mesma. Para privar a sociedade dos loucos, criam-se espaços de confinamento específicos a eles (FRAYZE-PEREIRA, 2008).

O louco passa a ter papel absolutamente diferente dos demais renegados, pois, embora fosse um adulto, era considerado desprovido de racionalidade e improdutivo; por isso inscrevia-se fora da lógica contratual mercantilista, em que o trabalho era um dever do cidadão. Representante da não sociabilidade e revivendo a imagem do nômade que vagueia sem direção, o louco ameaçava não uma lei específica como o criminoso, mas todas as regras de organização da nova ordem social que se configurou com a queda da monarquia absolutista e a ascensão da burguesia (CASTEL, 1978).

O louco então passa a ser colocado sempre sob a tutela de alguém, como não se pertencesse a si mesmo. Como não podia participar do processo de produção e de acúmulo de bens, era colocado ou sob a tutela da família ou do Estado (CASTEL, 1987). Por ser visto como alguém menor, como uma criança, o louco acaba por viver em uma condição jurídica na qual se alienam os seus direitos. Esta, por sua vez, “torna-se situação psicológica, onde se aliena sua liberdade concreta” (Foucault, 2009, p. 484).

Enquanto a situação da criança não impunha contradições jurídicas, pois esta já estava sob a tutela da família, para o louco era necessário que o Estado encontrasse um tutor legal, que passa a ser o médico (CASTEL, 1978).

Esse lugar do médico como aquele que se encarrega da loucura não é evidência clara que se estabeleceu com a queda do Antigo Regime, pois a tendência mais imediata era a de que a instância jurídica ou a legislativa fosse encarregada dos loucos. No entanto, a partir dessas novas tentativas de aprisionamento do louco, percebeu-se que ambos os casos configurariam enclausuramentos arbitrários, como os que ocorriam sob as ordens reais no Antigo Regime, algo inadmissível para a nova ordem social burguesa orientada pelos valores iluministas (CASTEL, 1978).

Para neutralizar a loucura que tanto atrapalhava o surgimento de uma nova ordem social sem que se configurassem formas arbitrárias de enclausuramento, foi necessário recorrer à outra opção, a medicina mental, com o novo aparelho que poderia se responsabilizar por detectar, tratar e curar a loucura. Com suas receitas próprias de assujeitamento, diferentes daquelas jurídicas e legislativas que utilizam da rigidez e da força, a medicina mental passa a usar o poder alternativo da coerção (CASTEL, 1978).

O internamento passa a ter valor terapêutico e torna-se asilo, e a loucura passa a ter valor de doença e torna-se objeto médico. Portanto, entre eles passa a existir uma relação indissociável (FRAYZE-PEREIRA, 2008).

No final do século XVIII e início do século XIX, tendo se consolidado o modo de ver o louco como improdutivo, infantil e imbecilizado, este, encerrado nas instituições asilares, “não representa a forma absoluta de contradição, mas antes uma idade menor, um aspecto de si mesmo sem direito a autonomia” (Foucault, 2009, p. 483), e que só pode viver sob o olhar da razão, na figura da constante vigilância. Nos asilos tudo era organizado para que os loucos, então chamados de alienados, fossem constantemente diminuídos (FOUCAULT, 2009).

Como detentores dos conhecimentos sobre a loucura despontaram no final do século XVIII os denominados alienistas Philippe Pinel, como diretor de

Bicêtre e Salpêtrière, e Samuel Tuke, como diretor do Retiro da Cidade de York na Inglaterra. Contrapondo-se à ideia de animalidade presente na loucura, Pinel e Tuke alteraram a forma de controle, percebendo que a bestialidade estava presente naqueles que domesticavam a loucura. O louco se vê livre da conotação de animal que não respondia à coação e ao ensino pela violência. O tratamento passa a ser de ordem moral, de modo a ajustar o sujeito às exigências da sociedade, e visa mascarar toda incongruência e desordem que traissem a loucura (FOUCAULT, 2009).

Tuke era membro de uma associação protestante, não era médico. O asilo que dirigia localizava-se no campo e distinguia-se daqueles comandados por Pinel, principalmente no aspecto religioso. Esse asilo tinha por modelo uma comunidade religiosa onde era encenada uma família. Os vigilantes, então olhares da razão, que tutelavam a loucura, juntamente com os outros alienados, assumiam um aspecto de “grande família” para que os internos fossem submetidos a um controle social e moral simultaneamente. Tuke acreditava que a cura se daria pela introjeção no alienado dos sentimentos de culpa, humildade, dependência e reconhecimento. Para atingir tal objetivo eram usadas diversas formas de coerção, tais como: ameaças, punições diversas, privações alimentares, sempre com a intenção de infantilizar e culpabilizar o louco (FRAYZE-PEREIRA, 2008; FOUCAULT, 2009)

Pinel, na França, possuía ideias diferentes do seu contemporâneo, Tuke. Ele é considerado o fundador da psiquiatria. Para ele, o primeiro passo para o tratamento dos alienados era o isolamento, que os afastava de interferências do mundo exterior que pudessem prejudicar a observação apurada da alienação em seu “estado puro” e do tratamento moral “adequado”. Pinel cria a internação para a cura e não para a morte, como ocorriam nos antigos Hospitais Gerais (AMARANTE, 2007).

Pinel constituiu uma forma de asilamento em que o louco era constantemente observado em seu comportamento, negando seus delírios e ridicularizando os diferentes modos de ser, anulando as diferenças, segregando o anormal. Para Pinel, o que constituía a cura do louco era “sua

estabilização num tipo social moralmente reconhecido e aprovado” (Foucault, 2009, p. 474).

O hospital psiquiátrico de Pinel, que teve seus moldes difundidos para o mundo Ocidental, se tornou o próprio laboratório de observação e estudo de comportamentos desviantes, de onde surgiam as classificações para os mesmos; e a sua obra teórica e prática de intervenção sobre a loucura representam os primeiros passos na história para a transformação do hospital numa instituição médica. Em outras palavras, o hospital passa a ser a própria escola de loucura, de onde surgem os primeiros médicos alienistas, fundadores da psiquiatria, e as primeiras classificações psiquiátricas (AMARANTE, 1995a; 2007).

Essa ciência da Doença Mental produzida nas instituições asilares pertencia à esfera da classificação e da observação. No entanto, não era neutra como pretendia se mostrar ao exterior, pois no interior dos asilos a relação médico-doente era autoritária e provinha da ordem, da moral e da família burguesa, mascaradas pela objetividade e competência científicas (FRAYZE-PEREIRA, 2008; FOUCAULT, 2009).

Não podemos nos deixar enganar, pois tanto o aprisionamento pela força quanto o uso de técnicas coercitivas e o emprego de medicação têm como função a busca pela exclusão do anormal e a adaptação do mesmo (CASTEL, 1978).

A repercussão da Revolução Francesa teve tamanha proporção para a então nova ordem mundial que propagou os princípios e métodos alienistas para a maior parte do mundo ocidental. O asilo psiquiátrico tornou-se assim prerrogativa no modo de lidar com todos aqueles considerados loucos, despossuídos da razão, delirantes e alucinados. O asilo, lugar de depósito dos alienados, transformou-se no maior e mais violento espaço da exclusão, de silenciamento e eliminação das subjetividades (AMARANTE, 1995b).

Até a metade do século XIX, a loucura já tinha na Europa um lugar de exclusão na imagem dos hospícios e de uma modalidade médica que se ocupava da loucura e se inaugurava como tal, a psiquiatria (CUNHA, 1988).

Com a expansão das cidades europeias, iniciada pelas industrializações, a concentração de massas indiscriminadas de pessoas e o crescimento do proletariado, com potencial para reivindicações, questões como manejar a disciplina cotidiana e adestrar as populações urbanas eram frequentes para a burguesia do século XIX (CUNHA, 1988).

A teoria da degenerescência de Bénédict Morel, psiquiatra da época, na década de 50, nega os conceitos básicos utilizados por Pinel e Tuke, de que a loucura era um desvio da racionalidade ou uma falha ao fazer julgamentos, ou seja, os objetos colocados em questão até o metade do século XIX eram a moral e a razão. Morel instala o conceito de etiologia da loucura e das gradações dos estados patológicos: a loucura, como toda forma de degeneração do comportamento, provinha de causas organogenéticas; para Morel, a determinação da doença estava na hereditariedade (CUNHA, 1988).

Contemporâneos da medicina mental de Morel, Jean-Étienne Esquirol e Cesare Lombroso aproximam o criminoso da loucura, uma vez que o crime também estaria identificado com práticas “anti-sociais”. A partir desse ponto de vista, várias práticas sociais são classificadas como mórbidas, como: a prostituição, a vagabundagem, o crime, o jogo; e criam-se tecnologias de combate às formas de degeneração, dentre elas a medicalização de amplos setores da sociedade (CUNHA, 1988).

Portanto, essa nova forma de conceber a doença mental oferece recursos para que no seio da sociedade da época seja criada uma medicina social com fins higienistas e destinada ao controle da população, em que será colocada em prática uma prevenção voltada para identificação e intervenção dos focos da degenerescência que extrapolavam os muros dos hospícios e estavam localizados na camada mais pobre da sociedade urbana. A medicina mental demonstrava a necessidade de controle dessa camada da população, vista como foco da degenerescência, que devia ser barrada para que não se espalhasse para outras parcelas da sociedade europeia (CUNHA, 1988).

A medicina geral e o alienismo andavam separadamente, uma vez que a primeira se encarregava do estudo da anatomia e das causas de doenças que acometiam o corpo; mas, a partir da metade do século XIX, os dois se unem

embasados pela teoria da degenerescência para enfrentar as questões já explicitadas que traziam a urbanização (CUNHA, 1988).

O alienismo imbuído dos novos conhecimentos organicistas continua a utilizar as práticas de internamento, mas passa a utilizar novos métodos de tratamento. A teoria do organicismo de certo modo reinaugura o Hospital Psiquiátrico (CUNHA, 1988).

A medicina e o alienismo juntos se tornam poderosos instrumentos de disciplinarização social da classe trabalhadora e para instauração de cidades higienizadas, livres da peste, dos crimes, reproduzindo a imagem da vitória da ordem burguesa (CUNHA, 1988).

2. O surgimento dos manicômios no Brasil

No período colonial, as ações de saúde no Brasil eram praticamente inexistentes, bem como os médicos, e o tratamento de afecções era feito por curandeiros. As primeiras ações de saúde coletiva foram aplicadas pelos senhores de escravos, como os cuidados com alimentação, higiene e instalação de enfermarias, evitando epidemias, prevenindo mortes prematuras e em massa, mantendo a quantidade de mão-de-obra e preservando o nascimento de novos escravos. Em relação ao que hoje denominamos “saúde mental”, existiam instituições católicas que abrigavam os loucos, embora a maioria convivesse no cotidiano social (CFP, 2013).

A seguir, explicarei que se na Europa o organicismo reinventa a medicina mental e suas práticas, no Brasil a teoria organicista inaugura a própria psiquiatria. O surgimento do alienismo no Brasil foi permeado pelo surgimento e ampliação dos espaços de internamento e pela implantação da legitimidade do conhecimento médico, algo que ocorreu de forma gradativa (CUNHA, 1988).

No Brasil, a psiquiatria se instaurou como decorrência da medicina social. Esta teve o início de suas atividades no país a partir da chegada da corte Portuguesa no Rio de Janeiro, em 1808. A medicina social passa a se encarregar de questões geradas pela urbanização de algumas cidades que ocorreu de maneira exponencial com o investimento da família real na colônia, abrindo portos, bancos, universidades, bibliotecas e meios de comunicação (CUNHA, 1988).

A partir da instalação da corte Portuguesa no Rio de Janeiro, foi dada início a uma política higienista, que no início se concentrou na nova capital do país, mas foi se espalhando para outras cidades. A medicina social se encarregava não somente da saúde dos cidadãos, mas também de manter um organismo social “saudável”. Ou seja, essa política higienista não buscava somente prevenir a cidade de patologias, infecções e contaminações, mas também prevenir comportamentos que não estivessem de acordo com a moral e costumes da época. Os médicos familiares entravam nas casas e sua atuação também era a de observar, detectar e modificar comportamentos

desviantes, metropolizando e urbanizando as famílias da colônia, segundo o desejo de europeização das mesmas (CUNHA, 1988).

No Brasil, até a década de 1840, os loucos andavam soltos na rua, misturados à paisagem urbana, provocando uma das mais significativas formas de desordem da época. As Santas Casas de Misericórdia, as cadeias e as Casas de Correção eram os poucos lugares de reclusão para os alienados “perigosos” ou “furiosos”. Aqueles considerados não-agressivos eram acolhidos e viviam misturados à população (CUNHA, 1988).

A década de 50 do império foi caracterizada pela abertura das “casas de loucos” ou dos hospícios, mas ainda sob administração leiga, e destinados somente aos casos mais agudos. Em 1852 são abertos o Hospício Dom Pedro II no Rio de Janeiro e o Asilo Provisório de Alienados da Cidade de São Paulo. Para a sociedade da época, era um sinal de que o progresso chegava às cidades brasileiras. Mas, de modo geral, a loucura ainda se misturava à multidão ou ainda era colocada em outros lugares de exclusão, como as já citadas Santas Casas (CUNHA, 1988).

No início, os hospícios brasileiros estavam cronologicamente atrasados no que diz respeito às tecnologias que estavam sendo aplicadas na Europa para o tratamento da loucura. Eles reeditavam aqui no país o que havia ocorrido na Europa no século XVII, como as grandes internações nos Hospitais Gerais. Essa comparação pode ser feita porque em um primeiro momento os hospícios ainda não possuíam administradores médicos, mas estavam centrados no tratamento moral e no asilamento de pessoas improdutivas: jovens rebeldes, pessoas senis, doentes mentais, indivíduos com deforquidades congênitas (CUNHA, 1988; CFP, 2013).

As preocupações da burguesia com a ordem na vida urbana crescente no Império fez com que a medicina social acentuasse sua prática. Os médicos da época não raramente ocupavam cargos administrativos no que dizia respeito à Saúde Pública, interferindo nos mais variados temas da vida urbana. Nas instituições de medicina da época, como na Academia Imperial de Medicina, o debate sobre a questão da loucura era frequente e a psiquiatria era uma especialidade que os médicos gerais da época se desdobravam em

implantar no país. Em nome de princípios humanitários, os médicos higienistas denunciavam os maus-tratos a que eram submetidos os loucos detidos em prisões comuns e acorrentados nos porões das Santas Casas, e ainda por cima, sem tratamento médico. Com essas denúncias, os médicos objetivavam reivindicar para sua classe o monopólio da cura e do tratamento dos alienados. No entanto, até então a psiquiatria ainda estava por ser implantada no Brasil (CUNHA, 1988; ROSA, 2011).

Até o final do século XIX, os médicos ocupavam cargos nos hospícios somente como clínicos gerais que cuidavam de afecções comuns que acometiam os internos. É somente no final deste século, que os primeiros alienistas, formados pelas bases teóricas da degenerescência, reivindicarão para si o domínio dos hospícios, orientados pela certeza da diferença entre as práticas leigas e médicas na direção dos hospitais (CUNHA, 1988).

É dentro dos próprios manicômios que se criam as primeiras gerações de psiquiatras antes mesmo de haver cátedras de psiquiatria nas universidades brasileiras. O primeiro curso de especialização acadêmica na área de psiquiatria é criado em 1882 no Rio de Janeiro, de modo que os manicômios serão aqui no Brasil também as primeiras escolas de formação sobre a loucura (CUNHA, 1988).

A psiquiatria no Brasil nasce à serviço da disciplinarização da sociedade, de maneira autoritária, já que detinha o conhecimento médico utilizado como instrumento para este fim, mas que vai se configurando como saber absoluto dentro dos muros dos hospícios de recuperação da loucura (CUNHA, 1988).

Os primeiros alienistas estavam voltados para problemática do crescimento urbano e passaram a enfrentar algumas questões colocadas pela vida urbana similares às da Europa. Por isso, foi fundamental que se utilizassem da teoria da degenerescência e organicismo, formulada por Morel e aplicada no continente Europeu com sucesso, algo que permitiu a patologização de vários comportamentos sociais e individuais que se distanciavam da norma moral e da disciplina, bem como dos comportamentos “promíscuos” e “anti-higiênicos” encontrados nos cortiços (CUNHA, 1988).

A patologização foi utilizada para excluir comportamentos de determinada parcela da sociedade. Tais condutas estavam longe dos desejáveis para a burguesia brasileira que necessitava de mão-de-obra dócil e disciplinada; características tidas como necessárias para o exercício do trabalho cotidiano. A aceitação da disciplinarização pela sociedade era auxiliada pelo fato de que a loucura tinha um parentesco com a periculosidade, como já explicitado anteriormente, colocando suspeita sobre setores sociais incômodos que deveriam ser controlados pela medicina (CUNHA, 1988).

Após a proclamação da República, em 1889, ocorre uma mudança no modo de ver a loucura, retratada por alguns marcos históricos. Em 1890, o Hospício Pedro II passa a se chamar Hospital dos Alienados, e se dissocia da Santa Casa de Misericórdia, perdendo sua conotação religiosa. No mesmo ano foi criada a “Assistência Médica e Legal dos Alienados”, que organizava a assistência psiquiátrica em todo o país e, com isso, o modelo dos hospícios como forma de tratamento hegemônico para a loucura difundiu-se por todo o Brasil. No ano de 1903 é sancionada a primeira lei que legaliza a situação do doente mental no Brasil, a Lei Federal de Assistência aos Alienados. Nela se assume a natureza patológica da loucura; o alienado era um indivíduo acometido por uma “moléstia” congênita ou adquirida que comprometia a ordem pública e a segurança da população. Desse modo, também circunscrevia que esses doentes eram passíveis de internamento (CUNHA, 1988).

O advento da República coincide com a cientificação da psiquiatria: a loucura e o louco se tornam objetos de especialistas e ganham contornos de doença mental e doente, respectivamente, saindo do empirismo para entrar nas bases científicas. A partir desse momento, a instituição manicomial é oficialmente medicalizada e configurada como espaço de cura, sua administração caritativa e assistencial é transformada em científica e passa a ser dominada pela ciência positivista e psiquiátrica. No entanto, por trás das bases positivistas das causas da degenerescência, mantinha-se um caráter moral nas práticas alienistas recobertas por táticas e técnicas psiquiátricas (CUNHA, 1988; ROSA, 2011).

A população psiquiátrica no Brasil em sua fase inicial de assistência era composta por homens livres, brancos e pobres, pois estes formavam a parcela deslocada da sociedade que se estruturava pelo trabalho escravo. Mais tarde, com a mudança da mão-de-obra predominantemente utilizada no país, a população psiquiátrica vai sendo constituída por uma população negra e de imigrantes (CUNHA, 1988; ROSA, 2011)

Portanto, o alienismo surge no Brasil Império pela necessidade de criação de espaços de isolamento pela medicina social que, baseada no organicismo e na hereditariedade, fundamenta a patologização de parcela da sociedade devido aos comportamentos considerados desviantes, concentrados principalmente em parcelas desfavorecidas economicamente. O alienismo se inicia partindo das necessidades da medicina social no Brasil, e é na direção de utilizar o isolamento como ferramenta social de higienização que ele se dirigirá também na primeira fase republicana.

Em 1903, devido à imigração europeia no país, preocupados com a disseminação de doenças endêmicas que aumentavam a mortalidade da mão-de-obra e punham em risco a economia por causa da imagem projetada do país, a saúde pública e a psiquiatria se associam em prol do saneamento e da reorganização urbana para eliminar os focos da desordem, tendo a psiquiatria um papel coadjuvante ao agir somente de forma a asilar os “resíduos humanos” do processo de saneamento. Nesse período, aumentou em 31% a quantidade de estrangeiros entre a população psiquiátrica (RESENDE, 2001)

Aos poucos, o desenvolvimento do saber psiquiátrico e de outras ciências que aprimoram o potencial diagnóstico e especializam as práticas médicas vai conferindo caráter científico a elas mesmas (CFP, 2013).

A psicologia vai sendo introduzida neste cenário a partir do início do século XX por intermédio da medicina. Alguns médicos que se interessavam por essa ciência (ainda não lecionada nos cursos superiores do Brasil da época) eram autodidatas e importaram seu conhecimento da Europa e Estados Unidos. Desse modo, a psicologia passa a contribuir no interior dos hospícios, dentro de instituições médicas e em consultórios particulares, como ciência próxima à psiquiatria. A contribuição dos médicos foi fundamental para trazer a

psicologia para o Brasil, mas esta, por estar atrelada à medicina, passa a ser utilizada para fins de Psicopatologia e Higiene Mental. No início são utilizados com frequência os testes de diagnóstico intelectual e de personalidade que contribuíam para que se tornassem científicas certas atribuições psicopatológicas dadas a determinados comportamentos (ANTUNES, 2004; CFP, 2013).

No regime republicano, devido à abolição da escravidão, à entrada de imigrantes estrangeiros como nova mão-de-obra de trabalho no país, à intensa migração interna do campo para as cidades, à questão da classe operária que se organizava para lutar por seus direitos, à industrialização, entre outros fatores, começou a haver intensos questionamentos ao governo, de modo que o terreno estava fértil para a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923, com um programa moralista, antiliberal, eugenista e xenofóbico (COSTA, 1980). A princípio, tinha como uma de suas estratégias melhorar os hospitais psiquiátricos e capacitar os profissionais da área, e depois ampliou seu plano de ação para a prevenção, que consistia num trabalho “pedagógico, moralizador e normalizador das massas” (Rosa, 2011, p. 93). As predisposições hereditárias foram apontadas como determinantes dos problemas sociais e o extermínio físico, a segregação de grupos considerados patológicos e a esterilização sexual eram apontados como métodos eficazes de solução. Essas ideias da LBHM serão importantes norteadores das ações que se seguirão na segunda fase da República no Brasil (1930-1945) (ROSA, 2011).

Após a Revolução de 1930, onde se situam os interesses do presente trabalho, as principais mudanças ocorridas na área de saúde foram as seguintes: em 1934 é criado o Decreto 24.559, assinado por Getúlio Vargas, que regulamenta a assistência aos doentes mentais. Nele, é afirmada a suspensão da cidadania do doente mental e a internação psiquiátrica sob os cuidados médicos é reforçada como a principal forma de tratamento. No ano de 1944, a assistência psiquiátrica é federalizada no país, após a criação do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) em 1941. No contexto mais geral em relação às ações de saúde, a União, os Estados e Municípios tinham como responsabilidade o estímulo à educação eugênica e por ações de higiene

social e higiene mental, para impedir tanto doenças transmissíveis quanto outros “males” sociais (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007; ROSA, 2011; CFP, 2013).

Durante o período republicano que antecedeu o Golpe Militar de 1964, os hospitais psiquiátricos continuaram a ser o modelo de assistência ao louco, que era visto como um doente mental e tinha seus direitos de cidadão suspensos, sendo capturado e excluído do convívio social. No entanto, é também nesse período que surgem experiências de contestação em relação ao então modelo hegemônico manicomial. Nesta época, destaca-se o trabalho do psiquiatra Ulysses Pernambucano (1892-1943), que ampliou no estado de Pernambuco a assistência ao doente mental e às populações carentes nos serviços abertos e ambulatoriais, baseando-se na ideia de que as doenças mentais eram causadas predominantemente por fatores sociais, psicológicos, e não orgânicos (ROSA, 2011; CFP, 2013). Devera e Costa-Rosa (2007) consideram que essa foi a primeira experiência de reforma do modelo hospitalocêntrico no Brasil.

Outra importante experiência de contestação do modelo manicomial foi o do Nise da Silveira (1905-1999) que, orientada pela teoria analítica de Carl Jung, criticava a redução dos sujeitos às doenças, propiciando aos internos do Hospital Engenho de Dentro no Rio de Janeiro a possibilidade de se expressarem através de técnicas artísticas e dando voz aos sentidos e significados sufocados pela repressão inerente ao tratamento psiquiátrico (ROSA, 2011; CFP, 2013).

Até o ano de 1950, os hospitais psiquiátricos eram a principal forma de tratamento existente para a loucura. Eles eram caracterizados pelos maus-tratos, escassez de profissionais, superlotação e condições de hotelaria que podiam ser comparadas às dos piores presídios. E até 1961 só haviam sido contabilizados 17 ambulatórios psiquiátricos em todo o país (RESENDE, 2001).

O período imediato após o Golpe Militar de 1964 foi marcado por repressão dos movimentos sociais e dos trabalhadores; e foi acentuado o poder dos setores privado, latifundiário e industrial. Através do discurso pela “segurança nacional”, se restringiram direitos civis e políticos, ao passo que se

intensificou a industrialização capitalista com a internacionalização da economia (ROSA, 2011).

Na assistência em saúde, o período caracterizou-se pela massificação das privatizações no sistema em prol de um menor gasto estatal. Implantou-se, a partir de 1965, uma rede de hospitais particulares conveniados com o poder público, negócio que foi altamente rentável para a iniciativa privada. O fortalecimento da rede privada em detrimento da pública também foi fortalecido em parte pelas indústrias farmacêuticas. Nesse período foi criada a chamada “indústria da loucura”, pois a exploração da loucura tornou-se altamente rentável. Os leitos psiquiátricos passaram a ser constituídos por trabalhadores exauridos pela utilização intensiva de sua força de trabalho e as classificações nosológicas passam a “psiquiatrizar” problemas sociais, o que revelava novamente uma clara mercantilização da saúde mental (RESENDE, 2001; ROSA, 2011).

Na assistência psiquiátrica, os trabalhadores contribuintes (inclusive autônomos e empregadas domésticas) e seus dependentes têm ampliada sua cobertura médica e eram encaminhados para os hospitais particulares que predominaram no período. Essa forma de encaminhamento “mascarava” a política de controle instalada. Por sua vez, os hospitais da rede pública, sucateados e superlotados, eram destinados a não contribuintes e indigentes (RESENDE, 2001; ROSA, 2011).

O então modelo de gestão de saúde foi sendo sucateado, já que os serviços, privatizados ou públicos, não eram devidamente fiscalizados e possuíam falta de contratação de recursos humanos. No final dos anos 60, o Brasil e outros países da América Latina passaram a ser influenciados pelo discurso norte-americano da Psiquiatria Preventiva Comunitária. Esse modelo propunha ampliar o alcance da intervenção da psiquiatria na comunidade, reduzindo as internações (AMARANTE, 2007; DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, o interesse de alguns trabalhadores da saúde mental que visavam reformular as formas de tratamento centradas no modelo hospiciocêntrico, com objetivo de dar

melhores condições de assistência ao doente mental e, por outro lado, o objetivo de redução das internações psiquiátricas e dos gastos do governo por parte do estado ditatorial brasileiro, contribuíram para a busca de instauração no país da Psiquiatria Preventiva Comunitária. Nesse setor, em 1973, foi nomeado para diretor da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) - órgão federal situado no Rio de Janeiro, que deveria normatizar, avaliar e controlar programas de saúde mental já existentes no país - um profissional que compartilhava das reivindicações dos movimentos expoentes, priorizando a prevenção e a ambulatorização da assistência. Em 1971, após I Congresso Brasileiro de Psiquiatria, a Previdência Social constitui um grupo de trabalho para reformular a assistência psiquiátrica nos moldes preventivistas, norteadas pela ideia de que, se ela financiava os leitos privados, era, portanto, o órgão competente para corrigir distorções no sistema de assistência psiquiátrica. Embora este fosse o discurso, as contribuições desse grupo de trabalho possibilitaram diagnosticar que continuava a existir um maciço financiamento de leitos psiquiátricos privados e uma valorização da saúde como mercadoria (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007; ROSA, 2011).

Muitas dessas tentativas de mudança do modelo hospiciocêntrico foram impedidas. Algumas expressões de entraves colocados foram: a nomeação de um coronel-médico como diretor da DINSAM, com "ideias retrógradas"; e da votação de lei que privilegiava os hospitais psiquiátricos como modelo de tratamento (DEVERA e COSTA-ROSA, 2007).

Segundo Devera e Costa-Rosa (2007), as mobilizações foram transferidas estrategicamente para São Paulo, de onde se organizavam encontros em vários estados do Brasil de trabalhadores da saúde mental, que continuavam a fomentar as discussões sobre a necessidade de mudança do modelo hospitalar como centralizador da estrutura de assistência à saúde mental.

Segundo Resende (2001), os anos 70 foram caracterizados pelas denúncias feitas por grupos de profissionais contra a "indústria da loucura", especialmente quanto ao seu caráter cronificante e dispendioso; e também pela implantação de experiências estaduais nos moldes preventivistas.

3. Reforma Psiquiátrica no Brasil e a implantação da rede substitutiva

Após a segunda Guerra Mundial, o mundo se voltou para os horrores ocorridos nos campos de concentração. Desde então, houve um questionamento progressivo das instituições totais, entre elas os manicômios, como produtores de sofrimentos tão terríveis quanto os cometidos na guerra, que destituíam o homem de sua humanidade. Como um dos produtos desses questionamentos, o louco, assim como outras parcelas excluídas, passa a ser visto como ser de direitos, e se constituem vários movimentos de reformas dos manicômios e da própria instituição Psiquiatria na Europa e EUA que virão a influenciar o movimento de reforma brasileiro (AMARANTE, 2007).

Será necessário situar brevemente as experiências e modelos de reformas mais marcantes e inovadoras ocorridas no Ocidente, para posteriormente compreender de que forma cada uma delas influenciou o atual modelo de Saúde Mental brasileiro. Para efeito didático, Paulo Amarante (2007) divide tais experiências em três grupos: o primeiro agrega as Comunidades Terapêuticas e a Psicoterapia Institucional; o segundo é composto pela Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva; e o terceiro grupo pela Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. O autor propõe essa separação porque a cada grupo confere características comuns, embora essas experiências tenham ocorridos em países diferentes.

As Comunidades Terapêuticas (Inglaterra) e a Psicoterapia Institucional (França) tinham em comum a tentativa de reformar a instituição do hospital psiquiátrico, considerando que esse modelo estava adoecido. Em ambas as experiências, havia uma luta contra a hierarquização dos papéis sociais e a favor da horizontalidade nas relações. Essas experiências são conhecidas pela criação de assembleias gerais, de oficinas, atêlies, espaços de convivência, pela destituição dos papéis hierárquicos, baseados na premissa de que todas elas em qualquer momento poderiam ter função terapêutica. No entanto, mantinham a ideia da necessidade de existência do lugar da “loucura” (AMARANTE, 2007).

O segundo grupo, formado pela Psiquiatria Preventiva (EUA) e a Psiquiatria de Setor (França) se caracteriza pela abertura de serviços

complementares ao hospital psiquiátrico, com objetivo de diminuir as internações de novos casos e as reinternações. Como o próprio nome indica, a Psiquiatria Preventiva se preocupava em detectar precocemente indivíduos que apresentavam tendência a desenvolver sintomatologia própria dos quadros psiquiátricos. Essa busca por comportamentos que evidenciassem o possível desenvolvimento de doenças mentais acabou por aumentar o número de diagnósticos psiquiátricos e medicalizar a sociedade norte-americana, o que resultou no aumento do número de internações. Na França, por outro lado, a Psiquiatria de Setor privilegia a regionalização do atendimento, com a criação de Centros de Saúde Mental (CSM) em cada região, e, nos casos de necessidade de internação no hospital psiquiátrico, as pessoas seriam colocadas em alas por região de moradia e seriam atendidas pela mesma equipe do CSM, visando à manutenção dos vínculos. Tanto a Psiquiatria Preventiva quanto a Psiquiatria de Setor mantiveram as internações (AMARANTE, 2007).

O último grupo, compreendido pela Psiquiatria Democrática (Itália) e a Antipsiquiatria (Inglaterra), é o que propôs mudanças mais radicais, pois ambas implicavam reformulações na própria instituição Psiquiatria, e não no hospital, sendo este um lugar de domínio da Psiquiatria para o controle de modos de ser que ela mesma havia denominado doença mental. Ambas tinham em comum a luta pelo fim dos Hospitais Psiquiátricos. Para a Antipsiquiatria, não deveria haver lugar de tratamento, pois não existia doença, criação da Psiquiatria. Já a Psiquiatria Democrática, liderada por Franco Basaglia, propunha colocar a doença mental entre parênteses, admitindo que ela foi produzida pelo saber psiquiátrico e, portanto, não é um conceito neutro. Basaglia ressaltava também a impossibilidade da Psiquiatria explicar o sofrimento psíquico em todas as suas possibilidades de existência (AMARANTE, 2007; AMARANTE, 2003).

Foi na cidade de Trieste, Itália, que Franco Basaglia, inspirado pelas outras experiências europeias, executou o projeto de fechamento dos hospitais psiquiátricos e a abertura de uma rede de serviços substitutivos: desde Centros de Saúde Mental (CSM) até cooperativas que inseriam egressos do hospital pelo trabalho. Esta experiência italiana foi a que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE, 2007; AMARANTE, 2003). Essa

experiência mostrou que a inserção dos loucos na sociedade pelo fechamento dos hospitais psiquiátricos com a constante luta política dos atores envolvidos causa transformação social e de suas instituições (de saúde, de justiça, de administração pública), possibilitando a produção de uma nova ética para a aceitação das diferenças (AMARANTE, 2003). Enquanto houvesse o “lugar para a loucura”, não haveria espaços sociais de pertencimento.

Em síntese, a Reforma Psiquiátrica Brasileira se influenciou pela Reforma Italiana, que, por sua vez, também foi influenciada pela Psiquiatria de Setor Francesa, pois ambas, ao criarem serviços substitutivos, mantêm a idéia da regionalização. Além disso, a reforma brasileira também foi influenciada pela Psicoterapia Institucional e Comunidades Terapêuticas, pois visa o fim das hierarquias dos saberes, a participação dos usuários na construção dos serviços e a oferta do maior número de espaços que possam ser terapêuticos.

No Brasil, o movimento de Reforma Psiquiátrica é um pouco mais tardio, embora suas bases estivessem nos questionamentos que vinham sendo feitos desde os anos 60 por profissionais da saúde mental, conforme descrito no capítulo anterior. Ela se inicia efetivamente com a “crise da DINSAM” (Divisão Nacional de Saúde Mental), ocorrida em 1978 (AMARANTE, 1995a).

É interessante observar que o início do movimento da Reforma Psiquiátrica ocorre justamente no período da ditadura militar no Brasil, quando várias manifestações sociais começaram a ganhar visibilidade e os maus tratamentos a que eram submetidos os pacientes nos hospitais psiquiátricos podem ser comparados aos sofridos pelos presos políticos. A partir de meados dos anos 70, organizam-se associações de moradores, sindicatos de trabalhadores de áreas afins e trabalhadores da área da saúde. Como resultado dessas articulações, são criados o Movimento Popular de Saúde (MOPS) e o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde, que tinham como pauta comum a luta pela “garantia do direito universal à saúde e construção de um sistema único e estatal de prestação de serviços” (Teixeira, 2011, p. 204). A partir disso emerge o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, o qual também engloba questões da saúde mental (KODA, 2002; ROSA, 2011).

Em 1978 estoura a “crise da DINSAM”, com uma demissão em massa de profissionais da unidade pelo Estado. Eles denunciaram as condições subumanas em que se encontravam os pacientes dos serviços supervisionados pela DINSAM e as condições precárias de trabalho, como a não contratação de recursos humanos, utilização de mão-de-obra barata e rotativa de estagiários, além de outras barbaridades como agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas. Após esta demissão, inicia-se uma atuação política dos trabalhadores da DINSAM unidos a outros grupos que os apoiavam, nascendo assim o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental – MTSM. Desse modo, o movimento pela Reforma Psiquiátrica ganha força paralelamente ao movimento pela Reforma Sanitária (AMARANTE, 1995a).

Foi no I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições, em 1978, no Rio de Janeiro, e no Congresso Mineiro de Psiquiatria, em 1979, que a presença de expoentes das experiências europeias de reforma da Psiquiatria, entre eles Franco Basaglia, Felix Guattari, Erwing Goffman, Robert Castel entre outros, deu novo rumo às lutas políticas do MTSM. Em 1979, familiares de portadores de transtorno mental criam a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) com objetivo de integrar pessoas nessa condição pelo trabalho, ressaltando que o movimento pela Reforma Psiquiátrica foi se espalhando e sendo conquistado por novos atores (AMARANTE, 1995a; ROSA, 2011).

O MTSM se caracterizava por ser não institucionalizado, múltiplo, plural e popular, pois dele participavam profissionais de todas as categorias, simpatizantes e outras entidades. Não havia hierarquia entre os participantes e o movimento também não possuía sede, o que simbolizava a não institucionalização. O movimento a favor da reforma lutava pela “desinstitucionalização” do saber e da prática psiquiátrica, pela defesa dos direitos dos pacientes psiquiátricos, fim da mercantilização da loucura, pela não psiquiatrização da sociedade e pela reformulação e humanização dos hospitais psiquiátricos. Como estratégia para que as mudanças almejadas pudessem ocorrer a partir das políticas internas do Estado, líderes do MTSM passam a ocupar cargos públicos (AMARANTE, 1995a).

Quase uma década após o início do movimento, mesmo com todas as discussões feitas em congressos e encontros pelo Brasil, com a presença de lideranças em cargos públicos e de experiências realizadas pelo país, como a implantação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial no Brasil (CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira) em 1987, hoje conhecido como CAPS Itapeva, muito do que havia sido reformulado até aquele ano baseou-se na Psiquiatria Preventiva: o ambulatório era o elemento central de atendimento, mas o hospital continuava a ser um elemento secundário (AMARANTE, 1995a; PITTA, 1996). No entanto, as mudanças até então haviam sido muito tímidas e “o templo da loucura, bem como sua existência, permanecia inquestionável” (CFP, 2013, p. 56).

A partir da constatação de que as mudanças ocorridas até então não eram suficientes para produzir uma relação diferente da sociedade com a loucura, já que os "loucos" continuavam a ser internados e excluídos da sociedade, em dezembro de 1987, no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, na cidade de Bauru (SP), foi proposta uma radicalização do movimento dos trabalhadores, envolvendo mudanças nos princípios teóricos e éticos da assistência que vinha sendo realizada. Nesse momento surge a expressão que até hoje é utilizada como bandeira do movimento de reforma brasileiro: “Por uma sociedade sem manicômios”, nascendo também o Movimento de Luta Antimanicomial (MLA), e ampliando-o para a participação de usuários e familiares e de outros movimentos populares pela luta democrática. Nesse mesmo evento também foi instituído o “Dia Nacional da Luta Antimanicomial”, com o intuito de reunir ONGs, associações, serviços públicos, familiares e pessoas diretamente implicadas na questão que, por se identificarem com o desejo de transformação, foram às ruas manifestar-se pelo convívio com as diferenças (KODA, 2002; CFP, 2013).

O CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, baseado num misto de Psicoterapia Institucional Francesa e Reforma da Psiquiatria Italiana, e a intervenção na Casa de Saúde Anchieta em Santos, em 1989, com a criação de uma rede de serviços substitutivos ao manicômio, entre eles a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), inspirada na experiência realizada por Franco Basaglia em Trieste, são seqüências de experiências que comprovam no país

a possibilidade de outra forma de assistência ao sofrimento mental. A partir da criação dos CAPS e dos NAPS, e do êxito dessas experiências, o Ministério da Saúde regulamenta posteriormente a implantação e financiamento de novos serviços desse tipo, como hospitais-dia e ambulatórios de saúde mental, tomando-os como modelo para todo o país (KODA, 2002).

Logo após essa mudança de curso do movimento pela Reforma Psiquiátrica que se torna mais ativo, os princípios da Luta Antimanicomial passam a ser incorporados nas propostas políticas para o setor em questão. Nesse sentido é criado em âmbito nacional o importante projeto de lei 3657/89 de autoria do então deputado Paulo Delgado, que dispõe sobre a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, concomitantemente à criação de outros modelos de assistência, e tantos outros projetos de lei são criados em diversos estados da União (KODA, 2002).

Em 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) é instituído pelas Leis Federais 8080/1990 e 8142/1990:

Esse sistema alicerça-se nos princípios de acesso universal, público e gratuito às ações e serviços de saúde; integralidade das ações, cuidando do indivíduo como um todo e não como um amontoado de partes; equidade, como o dever de atender igualmente o direito de cada um, respeitando suas diferenças; descentralização dos recursos de saúde, garantindo cuidado de boa qualidade o mais próximo dos usuários que dele necessitam; controle social exercido pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Saúde com representação dos usuários, trabalhadores, prestadores, organizações da sociedade civil e instituições formadoras (Brasil, 2004, p. 13).

No nosso país, a conquista democrática pelo SUS fez parte das lutas pela Reforma Sanitária que englobavam a assistência à saúde mental. Ao instituir a necessidade de um acesso universal, integral e em caráter de igualdade para todo o povo brasileiro, esse sistema também se torna a referência para organização das políticas de Saúde Mental que passaram a fazer parte do SUS no momento sua implantação. Todos os serviços de Saúde Mental são parte do projeto maior de saúde integral a todos os brasileiros (CFP, 2013).

As Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) foram fundamentais para que a luta pela Saúde como direito fosse democrática, com a participação popular, e, no caso da Reforma Psiquiátrica, com a participação dos usuários como atores políticos do processo de transformação dos serviços de atendimento que mais lhes afetavam (AMARANTE, 2007; CFP, 2013).

Os CAPS e os NAPS, assim como outros serviços substitutivos, como hospitais-dia e oficinas terapêuticas, foram inicialmente regulamentados pelas portarias n. 189/91 e 224/92 do Ministério da Saúde. No ano de 2001 houve outro importante marco da Luta Antimanicomial, que foi a aprovação da lei 10.216, fruto do projeto elaborado por Paulo Delgado, que objetivava o fechamento de todos os manicômios no país. Embora essa lei não preveja o fim dos leitos psiquiátricos, aponta para a alteração do modelo assistencial e para a garantia mínima dos direitos humanos ao portador de sofrimento mental (CFP, 2013).

Desde a implantação do SUS e dos primeiros serviços substitutivos muitas mudanças ocorreram no setor, como por exemplo, a transformação de antigos ambulatórios de saúde mental e hospitais-dia em CAPS, e a progressiva ampliação da rede substitutiva. Hoje, os CAPS são regulamentados pela portaria ministerial n. 336 de 19 de fevereiro de 2002. Nela são reconhecidos e ampliados o funcionamento e a complexidade dos CAPS, que têm

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

Atualmente, os CAPS fazem parte de uma estratégia do atendimento em Saúde Mental, baseada em alguns pontos em cada uma das experiências de reforma psiquiátrica da Europa e EUA citadas anteriormente, e que se organiza em uma rede de serviços do SUS constituída pelos próprios Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), pelos Centros de Convivência e Cooperativa

(CECCOs), pelas Residências Terapêuticas (RTs), Núcleos de Trabalhos Cooperados, leitos em hospitais gerais, consultórios de rua e a atenção à Saúde Mental na atenção básica, compreendida pelos atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde e pelas Equipes de Saúde da Família (CFP, 2013).

Os CAPS são divididos quanto ao tipo de usuário que atendem: o público adulto (CAPS), o público infantil e adolescente (CAPSi) e o público de dependentes químicos de álcool e outras drogas (CAPSad). Também são divididos conforme o número de habitantes do território de referência: CAPS I - territórios até 70.000 habitantes; CAPS II - territórios até 200.000 habitantes; CAPS III - territórios acima de 200.000 habitantes, com funcionamento 24 horas (AMARANTE, 2007).

No manual de Saúde Mental do SUS (2004), os CAPS são conceituados como lugares de referência de cuidado intensivo, personalizado, comunitário e promotor de vida, para o tratamento de pessoas com quadros denominados por transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e outros quadros severos que justifiquem a permanência nesses serviços (BRASIL, 2004).

Esse mesmo manual também explica o objetivo dos CAPS:

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (Brasil, 2004, p. 13).

Em síntese, aos CAPS cabe o papel estratégico de responder pela atenção diária e intensiva de pessoas com sofrimentos mentais, pela oferta de acolhimento, desde os momentos de crise até a reconstrução de laços sociais. Isso acontece por conta da articulação da rede de serviços existentes em cada território, com a responsabilização de cada um no cuidado compartilhado com o próprio sujeito. Essa rede é constituída de lugares de atendimento às questões de saúde e também de locais de convívio com as diferenças, de lazer, cultura e trabalho (CFP, 2013).

Para funcionar de modo a cumprir seu papel na rede de serviços proposta pelas bases da Luta Antimanicomial, os CAPS, bem como os outros serviços como os CECCOS e os da atenção básica, possuem equipes multiprofissionais, compostas por: psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, educadores físicos, fonoaudiólogos, funcionários que compõem a equipe de limpeza e cozinha, artesãos, educadores artistas, técnicos administrativos, assistentes sociais e outros que forem necessários para compor o trabalho em determinado território.

Os CAPS oferecem várias atividades que podem fazer parte de um projeto terapêutico mais amplo para cada sujeito. Entre elas é comum encontrar: “psicoterapia individual ou em grupo, oficinas terapêuticas, atividades comunitárias, atividades artísticas, orientação e acompanhamento do uso de medicação, atendimento domiciliar e aos familiares” (Brasil, 2004, p.17) O projeto terapêutico singular (PTS) de cada usuário deve ser pensado junto com os outros serviços do território de acordo com as necessidades, desejos e possibilidades de cada sujeito: “o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (Brasil, 2008, p. 40).

A discussão para elaboração de um PTS é muito similar às discussões de caso clínico. A diferença é que ele se tornou um importante dispositivo muito usado em saúde mental para valorizar a atuação integrada da equipe. Além disso, dá valor à singularidade de cada indivíduo e à opinião de cada trabalhador envolvido no atendimento de determinado caso para pensar propostas de ações, muito além do olhar que leva ao diagnóstico psiquiátrico e a medicação como resposta imediata (BRASIL, 2008).

Dado que se trata de uma proposta substitutiva ao modelo hospiciocêntrico decorrente da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial brasileira, é necessário ressaltar que essas novas configurações de trabalhadores de saúde mental estão em consonância com os princípios epistemológicos que

defendem o fim das hierarquias dos saberes, algo que estava na origem do movimento de reforma.

4. A reestruturação das práticas profissionais pós Reforma Psiquiátrica

Para esclarecer para qual direção se aponta este trabalho é importante explicitar que a contextualização apresentada acerca do surgimento dos manicômios e das reformas que alteraram as formas de assistência em Saúde Mental no Brasil demonstra que, de fato, a Psiquiatria se constituiu durante um longo período como a ciência detentora do conhecimento sobre as mais diversas formas de fenômenos classificados por "loucura" e durante muito tempo se depositava nesse saber médico a crença em seu uso para o tratamento dessas patologias. No entanto, isso é somente parte da história.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, inspirada em grande parte pela Psiquiatria Democrática Italiana e Psicoterapia Institucional, vem também para destituir o médico psiquiatra do seu lugar de saber sobre a loucura. Dentro dos serviços de saúde mental, ele deveria ocupar lugar horizontal de saber com os demais trabalhadores, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, fonoaudiólogos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, entre outros, o que indica claramente que se trata de uma nova forma de entendimento e abordagem da questão. Isso porque após a Reforma é o sujeito que passa a estar em evidência e não mais a doença. Sendo assim, todos os trabalhadores contribuem com seus diferentes olhares para um conhecimento mais integrado do usuário. Além disso, os sintomas que caracterizariam a doença são só uma parte do sujeito e, portanto, não devem se tornar o todo.

Ao que se refere à Psicologia, em 1975 houve um aumento do número de cursos superiores no país. E até a década de 80 a maioria dos psicólogos trabalhava em consultórios, como profissionais autônomos e numa atuação muito individual com o paciente. Durante muito tempo o fazer dos psicólogos baseava-se nas psicoterapias individuais, psicodiagnósticos e aplicação de testes. Outra área secundária de atuação era a Psicologia Escolar, para a qual também se utilizavam testes diagnósticos (CFP, 2013).

Após as lutas pela Reforma Sanitária, as quais acabaram aglutinando em torno da mesma várias classes de profissionais, a Psicologia, bem como outras áreas, passaram a ser mais atuantes politicamente e a ocupar outros espaços com a criação do SUS e dos serviços substitutivos em Saúde Mental,

compondo equipes multiprofissionais, de trabalho interdisciplinar, com novas orientações éticas, teóricas e metodológicas (CFP, 2013).

Do ponto de vista teórico e no que diz respeito à nova orientação da assistência em saúde, substituiu-se a referência anterior que abordava a doença mental e a sua cura pela referência na existência dos sujeitos com seus sofrimentos. A partir desse novo referencial, as práticas passam a ser orientadas para a necessidade da produção de intervenções singulares, porém mais complexas, e pela construção de dispositivos e redes que transponham a lógica manicomial.

Neste trabalho falamos muito do atual modelo de Saúde Mental. Compreendemos este como um conjunto de diretrizes referendado por éticas e princípios da Luta Antimanicomial. Acredita-se que este modelo só pode ocorrer através da atuação de profissionais que também procurem seguir os mesmos princípios. Questionaremos se os profissionais das equipes de saúde no SUS e saúde mental têm seus lugares de saber e atuação específicos deixados em parênteses. Essa é uma constatação de um novo lugar que vem sendo proposto para os profissionais, sem tantas delimitações em torno dos fazeres específicos, conforme o que viemos discutindo não somente com as leituras, mas também através dos estágios e das reflexões em sala de aula.

5. Controle e Autonomia: possíveis contradições presentes no atual modelo de Saúde Mental

A reforma psiquiátrica e os serviços da rede de Saúde Mental criados a partir dela têm como objetivo a restituição plena de direitos e de vantagens dos usuários, de posições sociais que tinham ou poderiam ter através da reinserção social, da oferta de novas possibilidades de ser, da atenuação ou desaparecimento das barreiras sociais e do resgate da autonomia dos sujeitos (PITTA, 1996).

O próprio termo que passou a designar os sujeitos que se utilizam dos serviços de saúde, usuário, foi introduzido pela legislação do SUS de 1990 para substituir o termo paciente e expressar a diferença existente entre ambos. Este último estaria na função passiva de receber cuidados, enquanto o primeiro destacaria o sentido de protagonismo que se espera do usuário, que se torna atuante no seu próprio processo de cuidado (AMARANTE, 2007).

Percebe-se que autonomia é um conceito amplo e pode variar conforme a abordagem epistemológica estudada. Semanticamente, a palavra “autonomia” vem do grego, formada pelo adjetivo autos– que significa “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” – e pela palavra nomos – que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção” (REICHERT e WAGNER, 2007).

No pensamento filosófico, autonomia diz respeito a um indivíduo ser capaz de determinar por si próprio a lei à qual vai se submeter. Já no senso comum, a autonomia é geralmente relacionada à condição de independência e de se autogovernar (REICHERT e WAGNER, 2007).

A autonomia pode ser entendida como a capacidade de o sujeito decidir e agir por si mesmo, pressupondo que o desenvolvimento e aquisição dessa habilidade acontece em determinado contexto social e cultural (REICHERT e WAGNER, 2007). Pode-se dizer que os indivíduos são sujeitos e objetos das próprias histórias, pois ao mesmo tempo em que a determinam, também são determinados por outros sujeitos e pelos espaços sociais que habitam. Nesse sentido, podemos conceber o ser autônomo como aquele que passa a conviver

com seus problemas e dar conta das próprias demandas, necessitando de menos intervenções externas, sejam elas do serviço de saúde mental, sejam elas de outros tipos (SANTOS et al. apud CLASEN, 1996).

De acordo com Fleury-Teixeira et al. (2008), ao pensarmos em autonomia, logo a relacionamos ao conceito de liberdade, do exercício ativo do sujeito sobre si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas ações e decisões quanto à construção de suas trajetórias de vida. Em contrapartida, devemos pensar que num governo democrático pautado nas bases do capitalismo o conceito de autonomia deve incorporar o direito à diversidade, todavia respeitando-se os limites das liberdades civis; deve haver tolerância e respeito à livre expressão pública de ideias e ao livre agir de indivíduos e grupos, desde que sejam limitados a partir da ocorrência de dano a terceiros.

Dessa forma, a liberdade não pode ser entendida como um direito inalienável ou uma marca essencial do homem. Ela própria é mais um nome para o controle, uma vez que é algo produzido de forma a atender a uma técnica de governo específica que se utiliza dela como um pressuposto para a sua própria prática de governo (RUAS, FERREIRA e CARDOSO, 2009).

Para Foucault, o poder não é algo que se cede ao soberano, àquele que não se submeteria a mais ninguém. Não existem os detentores do poder de um lado e os submissos do outro. O poder é algo que se dá nas relações, e é determinado por um conjunto de saberes que embasam o jogo de dominação que existe de uns indivíduos sobre outros. Por isso, é importante ressaltar que o poder na prática não pode ser localizado somente em determinadas instituições e nem mesmo somente no Estado, embora muitas vezes esteja concentrado na mão destes; ele deve ser compreendido como uma relação de forças em uma sociedade, como um vínculo que existe na prática, unindo o poder ao objeto de poder (FOUCAULT apud GAUDENZI, 2009).

Foucault também afirma que o poder ocorre numa relação com a verdade e que não é possível exercê-lo sem a mínima restrição dos discursos de verdade que o mantêm, pois o poder é exercido a partir e através deles. Em outras palavras, somos submetidos à produção de determinada verdade e só

podemos chegar ao exercício do poder a partir da produção de uma verdade e da inflexão da mesma em nossos objetos (FOUCAULT apud ÂNGELO, 2000).

A tese de Foucault é de que o poder possui uma eficácia produtiva, uma positividade. A meta do poder explica o controle pelos corpos, e é “a positividade do poder que explica o fato de ele ter como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo” (Machado apud Gaudenzi, 2009, p. 58).

Para possibilitar essa regulamentação do ser humano, surge a necessidade de práticas de cuidado detentoras de saberes específicos, como a medicina em geral, fisioterapia, odontologia e todas as ciências biomédicas, a psicologia e outras especialidades. Muitas dessas práticas se baseiam em exames diagnósticos e, segundo Foucault (2012),

o exame combina técnicas de hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade no qual são diferenciados e sancionados (Foucault, 2012, p.177).

Nas práticas psis, nas quais reina a lógica da doença mental, esta se espalha como a lógica do capitalismo que, com sua força de acometimento de operar sobre o desejo, tenta capturar a todos não pela disciplina, que nos deixa dóceis e formatados, e sim pela produção de novas formas de ser que têm efeitos tão ou mais desnorteadores sobre as subjetividades, já não sendo mais possível encontrar o poder a ser combatido, pois está diluído em múltiplas experiências do cotidiano (RAUTER e PEIXOTO, 2009).

Na contramão do pensamento antimanicomializante, para se compreender o quanto estamos sendo envolvidos por uma lógica normatizante, devemos observar os diagnósticos criados pela Associação de Psiquiatria Americana, como os do DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*); por exemplo, o *boom* das crianças-problema, outrora encaminhadas para especialistas não-médicos, hoje diagnosticadas com transtorno do déficit da atenção (TDA), algumas com a inclusão da hiperatividade (TDAH), cujo tratamento deve ser medicamentoso; além de

outros diagnósticos discutíveis, como o do transtorno antissocial (TAS), patologia que consiste no cometimento de rebeldias e desobediências, ou mesmo de crimes (RAUTER e PEIXOTO, 2009).

E ainda sobre a atuação das profissões ligadas à saúde mental, um fator a se destacar são algumas práticas estereotipadas, muitas vezes devido à cristalização de procedimentos que em nada têm a ver com o tratamento do paciente (PITTA, 1996).

Já para Rotelli, o trabalho terapêutico deve sempre ser trabalho de reconstrução das pessoas “como atores sociais, para impedir-lhes o sufocamento sob o papel, o comportamento, a identidade estereotipada e introjetada que é a máscara que se sobrepõe à dos doentes” (Rotelli, 1988).

Considerando a caminhada ainda recente da rede de Saúde Mental e dos CAPS, com leis que ainda mantêm os leitos em hospitais psiquiátricos como recursos últimos, mas presentes, há uma preocupação em relação à possibilidade de manicomialização dos serviços substitutivos, que advém do fato de muitos de seus profissionais terem trabalhado em hospitais psiquiátricos (MIELKE et al., 2009). Ou ainda, adiantando algo pertinente que foi dito por uma das participantes da pesquisa, porque muitos dos novos trabalhadores fazem parte de uma geração que não vivenciou as lutas do Movimento Antimanicomial, podendo reproduzir formas antiquadas de segregação.

Os acontecimentos atuais também nos levam a questionar se estamos frente a contradições no atual modelo de Saúde Mental vigente. Um exemplo é a demissão em massa no CAPS Itapeva, ocorrida em 2013 que, segundo manifesto público de indignação sobre a mesma, feito via *online*, tinha o objetivo de retirar do serviço os profissionais que se esforçavam para manter vivos os princípios da Luta Antimanicomial dentro do CAPS em questão, algo que ia contra a atual gestão feita por uma organização privada (Rede Humaniza SUS, s/d).

Desse modo, questiona-se se as práticas hoje, dentro de alguns serviços substitutivos da rede pública, estão ocorrendo também como

estratégias de controle possivelmente existentes no atual modelo de Saúde Mental, implicando na submissão da liberdade e na subjugação dos usuários do sistema.

Como consequência destas reflexões, o presente trabalho buscará identificar e analisar possíveis contradições no atual modelo de saúde mental a partir de entrevistas realizadas com psicólogas de CAPS sobre suas experiências profissionais.

6. Método

O objetivo deste trabalho foi compreender em que medida os profissionais conseguem sustentar na ação cotidiana do exercício profissional na instituição (CAPS) as premissas do discurso epistemológico antimanicomial que orientam esta prática e, nos casos em que foram constatados conflitos entre o pensar e o fazer, entender e discutir quais situações parecem favorecer a emergência dos mesmos, contribuindo em um segundo momento para a formulação de propostas de cunho reflexivo sobre o tema junto aos profissionais de CAPS.

Penso que a principal contribuição do trabalho se faz no sentido de problematizar a prática do cuidar, muitas vezes velada pelo desejo de controlar. A Psicologia, bem como a Psiquiatria, em algumas de suas práticas pretende de certa forma cuidar do Outro, diminuir o seu sofrimento, como é o caso das práticas realizadas em CAPS e em outros serviços da rede de saúde. A Psicologia é uma ciência que se propõe detentora de um saber sobre o cuidar que ocorre nas famílias, escolas, serviços assistenciais e de saúde e, sendo esse conhecimento gerador de práticas educativas nas universidades, torna-se fundamental a discussão sobre as implicações éticas do fazer psicológico a partir da reflexão teórica e de exemplos práticos da articulação entre o cuidado e o controle.

A presente pesquisa consistiu em um estudo qualitativo, de caráter descritivo e explicativo.

O método qualitativo permite compreender a história, as relações, as representações, as percepções e as crenças a partir das interpretações dos indivíduos sobre o modo que vivem, pensam, sentem sobre si e sobre o mundo. Uma pesquisa qualitativa deve ser realizada com grupo delimitado e, a partir da perspectiva dos participantes da pesquisa, esclarecer processos sociais pouco conhecidos, formular novos conceitos, abordagens e categorias durante a investigação (MINAYO apud MIELKE, 2009).

A pesquisa descritiva explicativa busca tanto compreender um fenômeno como um todo quanto identificar fatores que podem contribuir para a ocorrência de determinado fenômeno (FREITAS e JABBOUR, 2011).

Participantes

As participantes da pesquisa foram duas psicólogas que no momento das entrevistas atuavam profissionalmente em diferentes CAPS I e II (atendimento de adultos) do município de São Paulo.

As profissionais de CAPS foram escolhidas por representarem o trabalho que é posto em questão nesses locais centrais da rede de atendimento em Saúde Mental.

Ao procurar analisar a dualidade controle e autonomia na atuação dos psicólogos, a opção pelas entrevistas com profissionais de CAPS de público adulto foi feita porque considerei o fato de que o atendimento de crianças comporta particularidades, já que, entre outros aspectos, se pressupõe que um sujeito menor de 18 anos ainda não é completamente autônomo.

No projeto de pesquisa que antecedeu a elaboração deste trabalho, propus-me entrevistar quatro profissionais, mas, devido ao prazo de entrega e à dificuldade de encontrar profissionais disponíveis para a realização das entrevistas dentro deste prazo, foi possível realizar apenas duas entrevistas com cada uma das participantes, totalizando quatro entrevistas.

Instrumento

A estratégia metodológica consistiu em duas entrevistas semi-dirigidas com cada participante, sendo que a primeira entrevista teve como roteiro as questões do Anexo A que, por sua vez, foram fundamentadas nas Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas (os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial (CFP, 2013) e na dissertação de mestrado de Mielke (2009), e a segunda teve como finalidade o esclarecimento de aspectos que não foram esclarecidos na entrevista anterior, buscando compreender o discurso dos participantes de forma mais consistente. Todas as entrevistas foram realizadas em local privado, somente com a participação da pesquisadora e da entrevistada.

O acesso às participantes da pesquisa se deu através da técnica de “bola de neve” (*snowball technique*) (BIERNACKI e WALFORD, 1981): pessoas

da rede social da pesquisadora e do pesquisador responsável que conheciam psicólogos que atuavam em CAPS forneceram as referências das mesmas para que fosse feito um contato com vistas ao agendamento das entrevistas. Assim que a pesquisadora realizou a primeira entrevista, solicitou à participante em questão que indicasse um/a colega para as próximas entrevistas.

As entrevistas foram gravadas e transcritas mediante prévia autorização. Os dados coletados a partir das duas entrevistas com cada participante da pesquisa foram organizados em categorias temáticas e analisados conforme a literatura e os objetivos do trabalho (MIELKE *et al*, 2009). Todo o material coletado nas entrevistas foi utilizado exclusivamente para a presente pesquisa e poderá ser utilizado para possíveis publicações decorrentes dela. Os dados ficarão armazenados por cinco anos em arquivo digital na Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde da PUC-SP sob os cuidados do pesquisador responsável pela pesquisa.

Antes de iniciada a pesquisa de campo, foi solicitada autorização prévia à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde (CONEP/CNS), por intermédio da submissão do projeto à Plataforma Brasil no dia 11 de dezembro de 2013, sob número CAAE: 24020913.2.0000.5482.

Procedimento de análise dos dados

As entrevistas foram analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo, que, segundo Campos (2004), leva em consideração tanto o conteúdo manifesto ou explícito na comunicação, quanto os conteúdos latentes, ou os sentidos subjetivos presentes na fala do entrevistado captados pela interpretação do pesquisador.

As interpretações apresentadas a seguir estiveram balizadas no objetivo deste trabalho, que é buscar as contradições existentes nas práticas profissionais no atual modelo de Saúde Mental, a partir da perspectiva das psicólogas entrevistadas. Também se basearam nas referências teóricas discutidas anteriormente, além de outras referências utilizadas para

complementar a discussão dos dados obtidos, favorecendo à pesquisadora o entendimento do contexto histórico e social atual.

7. Análise e discussão das entrevistas

O que inicialmente chama a atenção em relação às entrevistas é o perfil das entrevistadas. As duas psicólogas participantes desta pesquisa trabalham em CAPS adulto desde a portaria 336/02 que regulamentou estes serviços na área de saúde pública, ambas há mais de 20 anos. Elas participaram de vários processos de mudança das políticas públicas em Saúde Mental, como a transformação de serviços ambulatoriais e hospitais-dia em CAPS, a abertura de residências terapêuticas para egressos de hospitais psiquiátricos, a implantação e transformações do SUS e Programa Saúde da Família, e as atuais privatizações dos serviços de saúde. Consideramos que a escolha de participantes com perfil profissional semelhante ocorreu devido à técnica “bola-de-neve”, em que a primeira entrevistada deveria indicar psicólogo/a de sua rede profissional.

O analisador “perfil das participantes” permite pensar que os temas surgidos, muitos em comum, podem ter relação com experiências de trabalho semelhantes. A seguir, dividiremos o conteúdo obtido das entrevistas em temáticas apresentadas. Os temas levantados pela pesquisadora na primeira entrevista com cada participante estão elencados no Anexo A. No entanto, cada participante ficou livre para, a partir das perguntas realizadas, direcionar suas respostas para diferentes caminhos. Os nomes das participantes foram modificados para preservar suas identidades. Além disso, as referências que elas fazem aos CAPS em que trabalham também serão feitas de modo a não identificá-los diretamente.

7.1. Entrevistas de Ana e Bruna – análise e discussão

Há uma particularidade na carreira profissional de Ana, pois ela se descreve como tendo participação muito ativa no Movimento de Luta Antimanicomial, o que é importante ressaltar, já que explicita uma posição política em sua narrativa.

Desde o primeiro contato, ela se mostrou muito disponível. Na primeira entrevista, tivemos pouco tempo para explorar todos os temas que quisemos abordar, mas na segunda entrevista tivemos tempo maior. Esta foi mais rica e Ana pôde desenvolver melhor seu raciocínio e esclarecer dúvidas que tive na primeira entrevista.

Bruna, a outra participante, foi indicada por Ana e também foi muito solícita quando fiz contato com ela. Com Bruna não ficou claro se ela era atuante politicamente na Luta Antimanicomial e nas Conferências de Saúde. No entanto, identificamos posições e considerações semelhantes às de Ana, embora, sob nosso ponto de vista, há mais contradições no discurso de Bruna quando ela se refere à prática diária do que ao modelo como um todo.

Quando questionada sobre a atual política de Saúde Mental, nota-se que Ana vê como eixo principal do projeto do SUS a participação do sujeito em conferências, conselho gestor e na elaboração do seu próprio projeto terapêutico:

A atual política de Saúde Mental como uma política de SUS, eu vejo como uma política de vanguarda da Saúde Mental, não só no Brasil, mas uma política do ponto de vista de uma experiência universal pública; eu acho que é uma experiência de vanguarda no mundo. Devido a vários fatores, o tamanho do país, diversidade cultural etc. (...) Mas também pelo fato da gente ter mantido o processo de discussão nas conferências com a participação popular. Então, o SUS, que foi uma fundação feita no movimento das Diretas, a gente tem mantido essa participação e esse processo de discussão sobre saúde e sobre saúde mental dentro das Conferências de Saúde e dentro das Conferências de Saúde Mental. Então, por isso tudo eu considero uma experiência muito importante. Considero uma experiência também muito importante porque ela está centrada na questão do sujeito. (...)

Eu acho muito importante também que por causa dessa abordagem a gente trata o sujeito como um sujeito de direito, um sujeito que vai discutir e participar do processo, nas próprias conferências, mas também diante dos especialistas, participando ativamente do projeto terapêutico dele, dele mesmo. Então essa chamada, essa

abordagem, essa chamada do sujeito, acho que é o eixo principal do projeto do SUS.

Apesar de Ana concordar com o projeto do SUS, discorda hoje do que ocorre como política aplicada de governo na cidade de São Paulo. Para ela, o atual governo se apresenta de forma conflitiva em relação ao que ela mesma havia falado sobre o projeto do SUS. Exemplifica sua opinião falando das privatizações dos serviços de saúde no município que trabalha, apontando quais são os problemas da administração por Organizações Sociais (OSs):

as Organizações Sociais, como foram colocadas, elas têm fins que não são lucrativos; elas tem fins beneficentes, ou de formação, ou de pesquisa. Só que é justamente porque elas têm fins de outra natureza, que não são os fins que são do próprio SUS. A finalidade do SUS é o usuário e o seu problema de saúde. Então, por exemplo, se entra um estagiário no CAPS, a minha primeira preocupação é preservar o tratamento do paciente. E uma organização que tem como finalidade principal a formação da mão-de-obra, ela prioriza a formação do que o bem do usuário, o tratamento do usuário.

Segundo Ana, as ações cotidianas nos serviços de saúde podem chegar a ser desrespeitosas, uma vez que em algumas OSs de caráter formativo de mão-de-obra, algumas práticas desacatam ou ignoram o desejo do paciente. Isso para ela é inadmissível, uma vez que, na proposta do SUS, “a prioridade é o usuário” (sic).

A segunda entrevistada, Bruna, também questiona o modo como é aplicada a política Nacional de Saúde Mental, já que para ela não existe uma política unificada; existe a administração federal e municipal, pois a estadual influencia pouco os serviços de saúde nesse aspecto:

Nos últimos 20 anos acho que houveram muitas modificações e muitos objetivos foram alcançados, ao mesmo tempo que muita coisa ainda continua muito grave; mas a política não é só o que está preconizado nas regras e nas normatizações que possam ter que sofrer adaptações, mudanças e melhorias, mas é a política administrativa que é um caos no país inteiro, com raríssimas exceções. Para mim tem isso. Nesse momento é assim que eu vejo; é muito complicada a estrutura administrativa em todos os âmbitos e na saúde, educação e assistência social é gravíssima; então, os

investimentos nunca são propriamente seguidos, são interrompidos. A estrutura que fica efetivamente para se trabalhar (...) são estruturas que ficam muito frágeis. (...)

Uma crítica que sempre aparece, às vezes das formas mais diversas possíveis, é 'ah, mas os CAPS são manicomiais'; acho que as instituições têm uma tendência a serem manicomiais muito rápidas, a serem fechadas, a serem cristalizadas, qualquer instituição, (...) é, então o CAPS não está fora disso (...). Eu acho que é preciso ter uma dinâmica que sempre repense a própria instituição. Como costumo dizer, se fosse só trocar de nome tava fácil, né?

Bruna fala da necessidade de as instituições, inclusive os CAPS, terem espaços para se repensarem e não se manicomializarem, mas entende que a política aplicada, com essas separações entre administração federal e municipal, com a estrutura que fica para os profissionais trabalharem, também no sentido financeiro e de escassez de recursos humanos, dificulta a construção desses espaços.

Ainda na temática sobre o modelo de Saúde Mental, Ana relata para a pesquisadora que os CAPS foram pensados numa rede de serviços e que só dentro dessa rede é possível que o projeto dos CAPS "tenha uma existência plena"(sic). Partindo desse raciocínio, Ana aponta que algumas das dificuldades e desafios no atendimento estão ligados à aplicação do modelo de Saúde Mental na rede de serviços existentes hoje, inclusive na atenção básica, que entre outras coisas, por ter poucos recursos humanos, não consegue atender toda a população. Nos casos de problemas de saúde mental, ao não poderem atender usuários antes da questão se agravar, com psicoterapias breves, por exemplo, acabam por aumentar a demanda dos serviços que deveriam tratar de casos mais complexos, como os CAPS.

Outro aspecto ressaltado por Ana é que o processo de conversação da rede deveria ocorrer também no sentido inverso, quando o indivíduo sai de uma internação que deveria ocorrer em um CAPS III ou hospital geral, e depois continua ou vai para o CAPS no momento de intensidade do seu quadro. Segundo ela, o esperado seria que, ao se estabilizar, ele voltasse a ser atendido na atenção básica. No entanto, nem sempre existem condições nos

postos de saúde e no Programa de Saúde da Família para atender casos de saúde mental.

Embora fale brevemente da importância da psicoterapia na atenção básica, Ana deixa claro que a política de Saúde Mental não se baseia só nas atuações de psicólogos. Ela entende também que a precariedade do trabalho em rede nos serviços de atenção básica compromete o atendimento em Saúde Mental:

É quando ele melhora que ele precisa ter uma vida civil, uma vida regular; é muito importante que o CAPS não seja um encapsulamento da situação. Que ele fique dentro de uma unidade de saúde e que a vida dele transcorra dentro de uma unidade de saúde. É muito importante que ele possa sair da unidade de saúde, que ele possa ir fazer outras atividades. E que ele tenha um vínculo, o mínimo, só aquilo que é extremamente necessário. Por isso é tão importante ele ir num posto de saúde. Mas é importante que tenha atendimento no posto de saúde adequado para ele.

(...) A coisa mais grave para uma política de Saúde Mental, que não é a atuação só do psicólogo, nunca, é que tem que ser em rede e que precisa de uma rede muito eficiente na atenção básica. Então, essa é a principal dificuldade.

Sobre a temática das dificuldades no atendimento decorrentes do trabalho em rede, a entrevistada Ana fala que quadros de saúde mental precisam mais de atendimentos em rede. Ela explica sua posição no trecho a seguir:

Então, esse atendimento em rede é uma situação muito mais importante porque os pacientes de saúde mental eles estão numa condição social de fragilidade por causa da abordagem que tradicionalmente se faz em problemas graves de saúde mental. Que eles são vistos e isolados. Então requer muito o trabalho em rede. E eu quero dizer que o trabalho multidisciplinar e em rede foi uma iniciativa e um processo de discussão primeiro na saúde mental. (...) Então, uma coisa essencial é que o CAPS esteja em rede para a gente conseguir processar.

Analisando brevemente estas duas últimas falas de Ana, podemos pensar que se os CAPS funcionarem como serviços de “encapsulamento”,

usando o termo da entrevistada, ou por tomarem inteiramente a responsabilidade do cuidado do sujeito para si, ou por não haver condições de outros serviços também se responsabilizarem pelo mesmo, podemos apontar uma possibilidade de manicomialização dos serviços CAPS, que, nesse caso, também poderiam estar funcionando como lugares de tutela dos sujeitos.

Por isso a importância do funcionamento em rede, com múltiplas responsabilizações pelo cuidado, inclusive da comunidade, que se torna mais participante quando o sujeito pode ser acompanhado pela atenção básica. Ao ser “tocada” pelo sujeito, que inserido nela também a transforma, a comunidade possibilita a formação de novos laços e relações com as diferenças. Ainda assim, o olhar sobre este sujeito corre o risco de estar no lugar de tutela e não de co-cuidado, mas discutiremos mais sobre o tema posteriormente.

Quando questionada se então para ela era mais importante a questão da rede do que o atendimento ao usuário, Ana responde à pesquisadora que não há contraponto entre as duas coisas. Explica que ao pensarmos no atendimento clínico do usuário estamos partindo de uma lógica ambulatorial, em que cada profissional atende o usuário separadamente, também na lógica do encaminhamento. Esta, segundo ela, é uma abordagem atrasada e não é o tipo que se deveria fazer no atual modelo do SUS, pois, ao se associarem os profissionais dos serviços de saúde entre si ou com serviços de assistência social e de educação, que também compõem a rede do território, se potencializam as ações de saúde.

Ana fala inclusive do Projeto Terapêutico que deve ser realizado junto às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e exemplifica uma situação em que é mais eficiente o trabalho na rede:

No nosso entender, quando a gente vai formular um projeto terapêutico, a gente formula com a UBS de um paciente de CAPS. Porque tem coisas, por exemplo, o paciente piora. Ele não consegue vir pro CAPS, mas se a enfermagem do posto consegue dar medicação todos os dias, e é do lado da casa dele, ele consegue manter-se organizado e recuperar as coisas de vida. Então, às vezes, quando a gente não consegue que o paciente vá ao CAPS, então, às

vezes a UBS faz esse serviço e a gente consegue manter ele, e ele não é internado.

Quando questionada sobre as dificuldades presentes no atendimento nos CAPS, Bruna levanta uma série de desafios, falando mais das questões que envolvem as relações entre usuários e profissionais. Ela aponta para uma perspectiva diferente daquela apresentada por Ana, colocando em questão a postura profissional como mais relevante nos atendimentos realizados no serviço CAPS:

Eu acho que o desafio é praticamente diário, a questão, por exemplo, do quanto tá impregnado na cultura e nesse sentido em cada um, em cada profissão, em cada profissional, em cada pessoa, uma visão de doença mental, uma visão de incapacidade frente à vida, uma visão de tutela, a questão dos direitos. A gente tem uma herança aí de quem não é produtivo não teria os direitos assegurados. Isso o que? Há 60 anos atrás. O documento pra se ter direito à saúde era ter a carteira de trabalho assinada. Isso ainda é muito recente. E às vezes não é que a pessoa concorde racionalmente. (...) Mas isso se transpassa, né? É o tempo todo a gente tendo que se haver com isso. Então, eu acho que o grande desafio de um atendimento, seja no CAPS, seja onde for, é a gente reconhecer que pode estar reproduzido determinados lugares comuns, pré-conceitos.

Na sequência, Bruna fala que trabalhar numa residência terapêutica, convivendo diariamente num lugar onde acabava vivenciando situações de proximidade maior com os usuários do que no trabalho do CAPS, que muitas vezes se assemelhavam a uma convivência familiar, a ensinou, entre outras coisas, que as dificuldades estão no olhar do profissional para o usuário. Fornece exemplos, demonstrando que:

Independente de qual intervenção está se fazendo, de qual técnica está se usando, acho que tem algo que é do reconhecimento de um sujeito de direito ali. Que às vezes pode até precisar da tutela, né? Grande! Muitas vezes, mas não é isso que tira o direito como cidadão. (...) Aí independe de qual trabalho você está fazendo, pode ser um grupo, pode ser uma atividade de convivência, pode ser um atendimento individual, pode ser uma atividade meio que de acompanhamento terapêutico, saídas, não é a atividade em si, que é

ou não é. Ai, que legal, vai passear, né? Pode ser extremamente é, vamos dizer, preconceituosa, pode ser cumprir tabela. Ah, tem que sair? Já teve situações assim. (...) O profissional não estava nem aí, passeava sim. (...) E às vezes dentro de um consultório, num atendimento, vamos dizer, um pouco mais tradicional, às vezes está alçando um voo muito maior do que porque está na rua. (...) A principal mudança é de postura profissional, de ética profissional.

Portanto, Bruna já aponta para uma melhoria dessas dificuldades que, segundo ela, estaria na mudança da postura profissional. Também nessa fala anterior, Bruna deixa claro acreditar que alguns sujeitos, em alguns momentos, podem precisar de tutela. Penso que podemos considerar essa opinião de Bruna ao pensarmos que existem sujeitos que estão muito desorganizados no tempo-espaço e podem precisar de constante cuidado para não se colocarem em risco. Mas, ainda assim, em todos os casos, acreditamos ser possível desenvolver níveis de autonomia, para que o sujeito possa falar minimamente de si.

Quando questionada sobre o PTS, Ana diz que o projeto terapêutico no CAPS onde trabalha é feito em etapas. A primeira dura geralmente até um mês. É de observação e conhecimento do sujeito que chega ao serviço, período que parece comum entre a maioria dos indivíduos que o procuram. Uma das formas de conhecer os casos é através da família, portanto, normalmente indicam logo no primeiro período após chegada ao CAPS que a família do sujeito participe do grupo de familiares. De início, também encaminham o sujeito para atendimento com um médico psiquiatra e propõem que ele venha para o serviço passar seu tempo livre na convivência com os outros usuários para que observem “certa dinâmica” (sic). Essa proposição dos dias que o usuário vai frequentar o CAPS é pensada em torno das possibilidades dele mesmo em ir sozinho ou se necessita ser acompanhado. Neste caso, levantam a disponibilidade da família de trazer o usuário. A medicação que será administrada também é combinada com a família: como será feita administração da medicação, quem se responsabilizará por isso em casa, ou se o usuário será medicado no CAPS. A segunda etapa é de elaboração do projeto, após conhecerem um pouco da dinâmica familiar, de como o sujeito em questão lida com seus próprios surtos, de como a vizinhança lida com os surtos

dele, que tipos de atividades ele já tem e que outras possibilidades consegue manter. Com o projeto terapêutico, buscam fazer o usuário compreender que o fato de ter surtos não define quem ele é, e de que sua relação com os próprios surtos precisa evoluir. Para isso, fazem acordos com usuário e com família para darem sequência ao tratamento, o que, de acordo com Ana, é complicado, pois é um momento de aceitação, já que o tratamento cai como um estigma da loucura, de uma doença que não tem cura e da improdutividade, de ser um peso para os outros.

Também como projeto terapêutico, Ana pensa ser importante que o sujeito compreenda que o tempo que ficar no CAPS não o define como louco, que ele entenda que o CAPS é uma suplência nos momentos de crise, é um aliado dele. No entanto, para Ana parece ser uma dificuldade fazer alguns usuários do serviço compreenderem esse lugar que o CAPS deve ocupar em suas vidas. Segundo ela, alguns deles até o momento ainda não conseguem manter uma relação como essa com o serviço.

Segundo Ana, com a equipe que ela trabalha, logo de início pensam ser importante constar no projeto terapêutico a necessidade de lançar o usuário para fora, na sociedade, de ele fazer atividades “que são para o espírito, são para o psíquico, são para o psicológico, são para a vida social dele, a vida afetiva dele” (sic), sendo que em cada caso vão trabalhar as significações e sentidos dessas vivências, que serão muito distintas para cada um.

Em resumo, Ana fala do projeto terapêutico:

Então, um projeto terapêutico não pretende capturar que o CAPS cuide disso, mas pretende apontar, de forma que ele consiga ser esse sujeito que ele pode ser. Então, quando ele está bem, ele vai ter vida regular, vai ter vida social, vai ter outra atividade; quando ele piora, que ele consiga aprender a lidar com o próprio surto, e o CAPS é um recurso que ele vai usar, e a conversa com o médico é uma maneira que ele vai explicar para o médico o que se passa com ele, para que a medicação o ajude, entendeu? Então, ele tem que chegar nisso. Vamos dizer que idealmente o nosso propósito é esse, tá? É reduzir as internações ao mínimo. Reduzir a quantidade, reduzir o tempo que ele precisa ficar.

Ana diz que uma das principais dificuldades em formular o projeto terapêutico ocorre porque a maioria dos profissionais que trabalha nos CAPS e em outros serviços da rede de saúde não teve formação profissional para trabalhar em equipes interdisciplinares. Cada um chega com uma linguagem diferente em torno dos casos; o psicólogo com uma linguagem sobre a psicodinâmica e os médicos fazem descrição dos sintomas, por exemplo. Para ela, “a formação da equipe tem que ser forjada dentro da equipe” (sic), o que “requer que a equipe acredite no que está fazendo e se empenhe” (sic). Para Ana, o que faz a equipe acreditar nessas discussões interdisciplinares em torno de cada caso é quando podem ver os resultados das ações conjuntas nos pacientes.

Ainda sobre o trabalho interdisciplinar, Ana também aponta uma grande vantagem:

Os profissionais diferentes vão falando sobre o que olham nos pacientes. Isso é a riqueza. Porque coisas que eu como psicóloga não vou enxergar, o psiquiatra aponta. Coisas que nós não iríamos enxergar, a assistente social vê e aí a gente tem uma multiface da mesma pessoa ou da mesma situação familiar, e aí as vezes a gente consegue ver estratégia de entrar numa abordagem quando o caso é muito difícil e está muito... numa forma muito cristalizada.

O projeto terapêutico foi um dos temas levantados na entrevista, pois representaria um importante avaliador de como a equipe do serviço em questão estaria elaborando o mesmo; se nesse processo o usuário estaria participando ativamente, já que, se isso ocorresse, seria uma forma de pensar que o sujeito estaria se responsabilizando e sendo co-responsabilizado pelo seu tratamento, que esse projeto estaria sendo elaborado a partir de suas possibilidades, como disse Ana, mas também de seus desejos, o que já seria uma das formas de fomentar autonomia para o sujeito na construção do seu próprio projeto de vida.

Num primeiro momento, as respostas de Ana em torno do projeto terapêutico não foram esclarecedoras quanto à elaboração conjunta com o usuário, embora pareça uma forma libertadora de pensar o PTS, de maneira a visar que ele tenha autonomia de escolher quais atividades deseja fazer, de

quais sentidos vai construindo para si e de como vai utilizar os recursos do CAPS.

Quando questionada se na elaboração do PTS há presença do usuário e/ou de sua família, Ana esclareceu que no primeiro momento não, pois é quando fazem as discussões na equipe, em que discorrem sobre as características do sujeito, utilizando conceitos teóricos que, segundo ela, em um primeiro momento o usuário não conseguiria compreender. No entanto, depois de elaborarem táticas de ação para o caso em questão, apresentam ao sujeito e à sua família, junto ou separadamente, dependendo da escolha do usuário quanto a isso, pois respeitam o sigilo de suas questões individuais. Apresentam o que pensaram para ele e vão avaliando o que é possível fazer daquilo que foi discutido primeiro em equipe:

(...) algumas avaliações que dão sustentação a nossa intervenção, a gente tá vendo isso, então a gente vai centrar a intervenção nessa direção é isso, é uma opinião técnica, tem um discurso técnico, então quando a gente vai falar com a família, a gente apresenta de uma certa maneira isso. É uma apresentação delicada porque a gente tem que respeitar o sigilo com o usuário, porque nem tudo que o usuário nos conta a gente passa pra família; a gente tem que ter muito cuidado em preservar o usuário, e de falar aquilo que ele nos autoriza a falar pra sua família, porque a relação dele com essas pessoas próximas é dele, não é nossa; então, a gente não vai falando de qualquer maneira tudo, a gente tem que falar na frente dele, pra ele perceber que a gente está fazendo e falando aquilo que a gente combinou. Então, a gente tem todo um trabalho com o usuário, pra preparar isso; depois, a gente tem um trabalho com a família pra apresentar o que a gente vai fazer.

A gente ainda tem que preparar a situação pra poder chegar a trabalhar aquilo (conceito). Então, pra aferir o projeto técnico, a gente tem, e aí na família, o próprio usuário pode nos dizer o quê que ele acha, se ele tá a fim daquilo, se ele concorda, e ele vai falando e a gente então tem que incorporar isso na nossa intervenção. O quê que é possível pra pessoas que têm laços com ele fazer.

Essa fala de Ana sobre a elaboração do PTS com o usuário nos mostra com mais clareza que a equipe do serviço busca valorizar os desejos do

mesmo e sua autonomia de escolha frente ao próprio projeto. Também aponta para o trabalho de fomentar a autonomia do usuário nas suas relações, já que seria possível que os profissionais do CAPS tentassem controlar como se dão as relações familiares, tentando apontar para estruturas pré-concebidas moralmente. Nesse momento podemos abrir um “parêntese” e pensar que, de certa forma, ao proporem modificações na vida do usuário como, por exemplo, a tentativa de lançar o sujeito para a vida, os profissionais necessariamente produzirão alterações nas dinâmicas familiares até então existentes. Mas cabe questionar se essas proposições são feitas com uma intenção moralizadora, o que, pela fala de Ana, não parece ocorrer.

Ao ser questionada sobre a elaboração dos PTS, Bruna fala de muitas dificuldades encontradas:

Desafio sempre há, trabalhar com saúde, saúde mental e saúde pública é um desafio constante. (...) Quando a gente fala na questão da inserção psicossocial, do projeto terapêutico, a inserção social, a primeira coisa a levar em conta é que, quer dizer, se nós profissionais não sabemos direito como fazer, e tem uma sociedade que para qualquer espaço a mais, você luta, luta, luta para abrir um espacinho, entendeu? Então, fazer um projeto terapêutico singular amplo de inserção (...) Fazer, de repente, é até fácil. Esse cara tem isso, tem aquilo; quer fazer isso ou aquilo.

Pelo trecho do discurso de Bruna, podemos observar que uma das dificuldades em elaborar os PTS dos usuários está na aplicação dos mesmos em se tratando das condições sociais de falta de abertura para esse público, tanto nos serviços de saúde, como na sociedade como um todo. Ela dá o exemplo de um usuário do CAPS que queria voltar a estudar e encontrou vaga num sistema de ensino para adultos dentro de uma universidade renomada; só que, por ser um lugar ostensivo, o usuário não sustentou continuar frequentando as aulas. Ou seja, para ela, a maioria dos espaços não está preparada para receber grandes diferenças. Mesmo os usuários tendo ajuda dos profissionais nesse sentido, não conseguem sustentar seus próprios projetos. Isso também depende deles mesmos, mas nem sempre conseguem, porque:

fazer inserção social é o que a gente faz a vida inteira da gente mesmo; às vezes dá certo pra um lado, não dá para o outro, se perde o emprego tem que ir atrás de outro, tem gente que tira mais de letra, tem outro que se desmorona todo, então aquilo que muitas vezes a gente fala, claro que o grau de vulnerabilidade, claro que a presença do sofrimento psíquico é intenso, claro que necessita de uma estrutura, e eu defendo que essa estrutura inclusive possa ser fortalecida com investimentos, mas não é pouco também o que tem de objetivo.

Outra dificuldade apontada por Bruna na elaboração do PTS é similar aos apontamentos de Ana em relação à equipe. No entanto, Bruna salienta outro motivo, a existência de uma composição antiga em que cada profissional chegou ao serviço depois de passar pelas mais diversas experiências. Com essa observação, compreendemos que cada profissional tem seu próprio referencial teórico e prático, o que contribui para múltiplas formas de intervenção que não necessariamente estão relacionadas em função de um objetivo comum. Também em relação às diferentes bagagens de cada profissional da equipe, Bruna fala que uma dificuldade que aparece é a de hoje lidar com casos que nunca passaram por internações psiquiátricas, com pessoas que têm mais autonomia. Ela sente que há diferenças na formulação do PTS para essas pessoas em relação àquelas que já passaram pela experiência de internação. Para ela, alguns profissionais ainda estão cristalizados em modelos de intervenção voltados para usuários que chegam mais comprometidos:

Hoje, por exemplo, chega uma demanda (...), um tanto de pessoas, que de repente nem chegaram a pisar num hospital psiquiátrico e que têm muito mais autonomia. Não são pessoas que estão psiquiatrizadas, o que é bom, mas também é um desafio. Eu acho que ainda (...) se trabalha de um jeito meio..., que as críticas falam manicomial, mas não é manicomial porque (...) não tem alternativas, mas porque às vezes é muito quadrado, é muito em cima da doença, muito em cima da prescrição medicamentosa; ainda se cai nisso.

Essa fala de Bruna nos remete à crítica feita por Pitta (1996) de que as práticas profissionais em saúde mental tendem a cristalizar-se em formas

estereotipadas, que não consideram as singularidades do sujeito, o momento em que ele se encontra e as possibilidades que o território e a comunidade apresentam em diferentes tempos.

Bruna fala de muitas dificuldades para construir o projeto terapêutico. Entre elas, uma vai ao encontro do que Ana disse sobre a desarticulação da rede, só que em relação ao questionamento sobre os atendimentos dos sujeitos. Para Bruna, também falta maior articulação da rede que favoreça a formulação dos PTS. Isso nos mostra que os projetos terapêuticos também são dispositivos criados para o melhor atendimento do sujeito, por isso é que o tema da dificuldade de articulação da rede foi objeto de discussão de ambas as participantes ao longo das entrevistas. Bruna aponta a rede como uma proposta de mobilidade do sujeito, ponto que se relaciona com as múltiplas responsabilizações no território e com a questão da inserção social dos usuários que os profissionais do CAPS buscam auxiliá-los a fazer, ressaltando a importância que o trabalho em rede tem para ambas as entrevistadas.

No CAPS que Bruna trabalha também parece haver um primeiro momento em que os sujeitos são acolhidos e passam um tempo realizando as consultas iniciais. Momento este que é muito variável de acordo com cada caso, pelo modo como cada usuário chega: encaminhado por outro serviço, espontaneamente, vindo de internações, em determinado momento pessoal, em crise ou não, medicado ou não; ou devido às condições que os profissionais enfrentam no serviço:

A princípio o CAPS é uma unidade de porta aberta, ou seja, o quê que é isso? A pessoa pode procurar espontaneamente, pode vir com encaminhamento, pode vir de uma internação, de um posto de saúde, de um pronto socorro, de algum tipo de instituição outra. Esse trabalho que eu falei, por exemplo, com os moradores de rua, é um trabalho que já vem há vários anos se organizando, junto com o CRAS, a assistência social da região.

Então tem aí as várias formas que o paciente pode solicitar, cada momento, às vezes da entrada, o primeiro acolhimento, o acolhimento inicial, a primeira consulta, cada momento tá de um jeito (...). Muitas vezes acontece de marcar, porque não dá pra ficar ali no caso (...). E que a partir da primeira consulta, ou já se encaminha se

não é para o CAPS, ou às vezes a gente acompanha um tempo pra ter uma situação um pouco mais delicada que a gente que não acalma, acaba sendo um projeto (...), um projeto terapêutico. Às vezes ao longo do tempo, até volta e fica mais um pouco aqui, passando a ser do CAPS às vezes. Varia muito.

No segundo momento, após a equipe determinar através de acolhimentos, consultas e reuniões de equipe se o indivíduo é caso para ser atendido pelo CAPS em questão, eles podem ser encaminhados, entre outras ações, para alguma atividade pela dupla de profissionais ou pela mini equipe que o acolheu. Na fala abaixo, Bruna relata dificuldades em criar conjunto de atividades:

É uma dificuldade às vezes definir... criar um conjunto de atividades; não é tão simples... e nesse momento está muito reduzido as atividades por conta do limite [de profissionais]. A gente tá tentando manter algumas coisas, alguns projetos que existem, que não são só assistência direta à parte da saúde, mas também projetos de inserção social, e não tá dando muito pra criar alternativas de atividades aqui dentro. Então, tá numa fase meio limitada, mas assim se busca a necessidade daquele momento, da pessoa, então precisa de mais dias, precisa vir mais dias, não precisa vir, tá no momento de crise; mesmo que a gente não possa ter muitos recursos, se tá precisando vir todos os dias, que venha todo dia e fique aí, com ou sem uma atividade programada.

A última dificuldade apontada acima por Bruna foi a de propor atividades diferentes dentro do CAPS, devido à falta de recursos humanos até o momento da entrevista. Essa fala de Bruna não pôde ser investigada com mais detalhes, mas nos chama atenção para uma contradição que, embora não fique clara, pode ocorrer em qualquer CAPS que enfrente dificuldades da mesma ordem daquelas apontadas por ela.

Esta contradição pode ser explicitada da seguinte maneira: se, como Bruna afirmou, há muita dificuldade para favorecer a inserção social do usuário de saúde mental, pela falta de preparo da comunidade do território em recebê-lo, será que isso não acaba contribuindo para a elaboração de projetos terapêuticos focados num ativismo dentro do CAPS, isto é, numa proposta que se preocupa em oferecer várias atividades no CAPS como se isso por si só

constituisse o projeto terapêutico? Se essa hipótese procede, será que isso não acabaria por manter os usuários muito presos ao serviço, isto é, “encapsulados”, usando a expressão de Ana? Isso aponta para a necessidade de que os CAPSs, na verdade a rede de saúde como um todo, tome cuidado para não se acomodar em si mesmo, o que acabaria por ser prejudicial para os usuários e, no final das contas, incorreria num contrassenso em relação aos objetivos da política de saúde mental.

Dado que ambas as entrevistadas têm em comum a opinião de que o PTS deve ser, entre outras coisas, responsável por pensar a inserção social do sujeito, práticas que o mantenham preso aos serviços de referência estariam entrando em contradição com este objetivo.

No entanto, ainda que demonstre desejo de realizar mais atividades, o processo de elaboração do PTS na perspectiva de Bruna deve ser menos estruturado, inclusive quanto aos objetivos, oferecendo maior maleabilidade para cada usuário, quando comparado com o que Ana relatou:

Acho que o projeto terapêutico, por um lado às vezes parece que não tem nenhum, e eu acho que é o que tem, porque é com aquilo que tem que se trabalhar, até por conta que é o movimento do usuário. (...) E de todos os tempos que eu tô... mesmo quando era hospital-dia, assim, dizer que tem projeto terapêutico bonitinho...eu dou parabéns para a equipe. Mas assim eu acho que é algo muito dinâmico que pode ficar muito bagunçado sim, mas que eu acho que a gente precisa aprender a trabalhar, que a exceção é mais a regra do que a regra. Mas assim, isso é uma opinião minha. A equipe sempre coloca que precisa melhorar o projeto terapêutico.

No discurso de Bruna também não ficou claro se existe a participação efetiva do usuário na elaboração do seu PTS. Quando questionada sobre isso, Bruna demonstra que na unidade em que trabalha parece haver preferência por não envolver o usuário nas discussões de elaboração. Mas, segundo ela, ele impõe seus desejos, seguindo ou não o que foi proposto pela equipe:

Ah participa! Acho que a própria equipe tem muito para compartilhar mais na elaboração dos projetos. Mas é reconhecendo ou não que participam, participam, porque às vezes é pelo limite, às vezes é por não seguir o combinado. (...) Ou seja, não seguir por não ir, ou não

seguir por ir mais, aí fica meio que como... bem, mas não tá fazendo a lição de casa certo. Gera uma zona meio de conflito ali, mas a gente tem que reconhecer que é isso que faz parte, muitas vezes assim, frente a algumas dificuldades (...). É feito todo um investimento.

Analisando o discurso de Bruna sobre a elaboração do projeto terapêutico singular, encontramos contradições. Ao mesmo tempo em que se observa que ela avalia a necessidade de uma construção para cada caso, inclusive com objetivos que pensem as possibilidades de cada sujeito, também parece pensar que a participação do usuário ocorre na aplicação do que foi elaborado para ele pela equipe. Isso ainda pode mostrar que há uma postura na equipe de que os profissionais detêm um saber sobre o sujeito. E ele, nesse caso, só tem lugar de construção de si e de emancipação desse saber no momento em que não cumpre o que lhe foi proposto. Pensamos que é necessário construir com o usuário a criação do seu projeto de vida anteriormente. Sujeitos com menos condições de dizer de si talvez não tenham condições de negar o que lhes foi ofertado, muitos por terem seu dizer “roubado” por uma sequência de tratamentos violadores. Então, passa a ser função dos CAPS restituir esse direito dos usuários de dizer dos seus desejos, podendo iniciar esse processo no momento da elaboração dos PTS.

Quando questionamos sobre como percebem a capacidade de realização dos usuários, esperávamos saber como as entrevistadas percebem a autonomia deles no dia-a-dia. Ao ouvir essa pergunta, Ana logo disse que essa percepção é um importante índice de autonomia dos usuários, que é utilizada pela equipe logo quando estes chegam ao CAPS para avaliar se eles têm capacidade de ir e vir sozinhos, andar sozinhos pela cidade, permanecerem no serviço, fazerem atividades como passeios externos, se localizarem na cidade e perceberem que não estão num hospital psiquiátrico, o que geralmente é comum entre os egressos de hospitalizações longas. Esta avaliação é realizada a partir de perguntas feitas aos familiares e de observações feitas nos grupos de acolhimento e na convivência no primeiro período já explicado, comum à maioria dos usuários. É assim que a equipe investiga o grau de autonomia dos usuários do serviço. Para os profissionais, essa avaliação é importantíssima para formulação do projeto terapêutico.

Essa mesma pergunta levou Ana a falar sobre o CAPS optar por deixar os usuários no espaço do serviço (convivência) sem que eles estejam realizando atividades propostas por algum técnico. De acordo com ela, esses são momentos importantes para os usuários se relacionarem entre si e para “que eles possam inventar os próprios percursos” (sic). No entanto, segundo ela, o espaço do CAPS não é adequado para isso, pois os locais para descanso são precários e o serviço não tem assinatura de jornais e revistas, nem mesas de jogos, que poderiam ser disponibilizados para seus usuários.

Podemos interpretar essa fala de Ana como uma forma de dizer que para o sujeito constituir uma autonomia é preciso oferecer a ele espaços de criação própria, ao invés de atividades sempre orientadas e intermediadas por profissionais e familiares.

Bruna, ao responder a mesma pergunta, relata como percebe os usuários em suas tarefas cotidianas:

No geral, eu acho que um tanto é responsabilidade também de como são cuidados, ao longo da vida, essa coisa, (...) das incapacidades, das dificuldades no geral, acho que sim, a gente percebe, genericamente dizendo, que se depender da maioria sim, tem uma tendência mais pra uma falta de movimento, pra uma atitude mais passiva. Claro que isso eu tô falando super genericamente.

Para Bruna, essa atitude mais passiva dos usuários teria duas razões fundamentais: uma seria a medicação, que pode ter como efeito colateral, particularmente para quem já foi muito medicado na vida, uma perda das capacidades, inclusive motoras. A outra razão muito importante é de como os usuários foram e vêm sendo cuidados de forma a serem infantilizados, inclusive. Por exemplo, Bruna relata situações práticas: [o sujeito]

vai lavar uma louça... não vai lavar como acha que tem que ser lavada; então, acaba que prefere que não faz ou desqualifica muito o fazer do outro, a mãe ou o familiar (...). Ou mesmo (...) na residência terapêutica, mesmo com as pessoas que trabalham na casa diariamente, as acompanhantes comunitárias, muitas vezes a gente trabalha e continua trabalhando; às vezes é mais fácil fazer pelo outro do que como o outro, porque de repente é mais fácil montar um prato de comida do que deixar que o outro vá lá e ponha do jeito que

consegue; então, às vezes fazer pelo outro é um jeito de facilitar, entre aspas, o cuidado que tem que se ter, do que ir ensinar a fazer; isso é uma das coisas com crianças, também. Ensinar a criança a ir se virando nas coisas dá trabalho, às vezes fazer por... dar banho, limpar, fazer comida, enfiar na boca, você garante a parte... higiene, alimentação.

Mas Bruna explicita que em todo grupo há variações e nos CAPS também encontramos usuários com maior ou menor grau de autonomia:

Vale lembrar que existe uma diversidade de características das pessoas como qualquer outro grupo; tem pessoas aqui que são super ativas, fazem coisas, cuidam, cuidam da família, são mães ou pais, às vezes passam por um período mais assim, mas depois retomam. Tem um usuário nosso que ao longo do tempo se tornou inclusive representante no conselho gestor, participa da economia solidária, adora ir pra câmara, tem evento, tem congresso, tem não sei o que, ele circula. É dele, faz parte dele.

Bruna acredita que aquele que não foi estimulado e incentivado a fazer e a experimentar tem dificuldade de tomar a iniciativa, e acredita que essa seja uma das explicações para a falta de atitude dos usuários. Utilizando essa discussão levantada pela entrevistada, retornaremos à questão do co-cuidado. É importante lembrar que a autonomia do indivíduo é algo construído em sociedade, e ser autônomo já pressupõe certa submissão às leis sociais. Portanto, a construção da autonomia já se inicia na dialética entre o eu e o outro (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Logo, nos serviços de saúde não se pode esperar a construção da autonomia do indivíduo somente por ele mesmo, mas também não se pode considerar como prática libertária fazer por ou dizer por. É preciso se implicar e estar no meio, auxiliando o indivíduo na co-produção de si, na co-constituição de suas capacidades, e no co-cuidado de si mesmo e do seu processo de saúde e doença (ONOCKO-CAMPOS e CAMPOS, 2006).

Ao elaborarmos a última pergunta da primeira entrevista, pensamos em obter conteúdos para analisar se e como os profissionais dos serviços CAPS influenciam os usuários, atuando de modo a controlá-los por intermédio da omissão de um conjunto de saberes produzido sobre o sujeito.

Ao ser questionada se psiquiatras, psicólogos e outros profissionais exercem influência sobre a tomada de decisões dos usuários, Ana responde:

Sim, claro, porque, quando, por exemplo, vamos imaginar a autoridade mais tradicionalmente reconhecida que é o médico. O paciente vem e o médico diz: “Você precisa tomar tal medicação.” Como é que ele vai dizer que não? Ele... é claro que ele acata, entendeu? A maioria acata, mesmo que seja formalmente. Que é o doutor, é agora, é claro que o que interessa pra gente é ter uma autoridade, uma autoridade que é de outra ordem. (...) Na conversa com eles, eles começam a compreender que a gente ajuda e que a relação com a equipe dá um manejo maior e mais apropriado, e mais confortável pra ele da própria crise. É essa autoridade que nós queremos ganhar, autoridade do reconhecimento e da interlocução. Mas isso é difícil porque... desde formalizações próprias da sociedade, que é, por exemplo, uma achar que autoridade do médico é incontestável.

Já Bruna parece encarar de uma forma diferente. Para ela, os trabalhadores do serviço podem também influenciar positivamente os usuários:

Em muitas situações... acho que na vida a gente está sempre influenciando, mais ou menos, pelo lado positivo, por um lado negativo. E em algumas situações onde existe alguém que está mais fragilizado, alguém que está muito vulnerável, às vezes uma palavra que se usa pode sim interferir de uma forma mais radical. Claro que um tanto não dá para evitar. Assim como uma relação que envolve uma hierarquia. (...) Que dependendo da situação você pode estar pelo menos num limite de um certo abuso de poder. Da forma como você coloca, na forma de uma orientação, de uma crítica, de uma bronca, por exemplo. Questão de medicação, toma de um jeito de outro, horários (...)

Quando eu falei não, também não, pode influenciar, sim. Mas também às vezes a gente quer influenciar no bom sentido, né? Então precisa vir ao CAPS, precisa tomar medicação, e o sujeito faz do jeito que ele bem quer, e às vezes a gente fica correndo atrás para que siga pelo menos um pouquinho do que a gente fala.

Segundo Bruna, esse modo positivo de “convencer” os usuários seria o tipo de influência que os profissionais querem exercer em relação aos usuários.

Essa positividade à qual Bruna se refere pode ser entendida a partir da análise de outras partes do seu discurso, como a de poder auxiliar o usuário na construção de uma identidade que não seja a da doença. Outra forma positiva de influenciar seria em relação à medicação, orientando-o em relação à prescrição, por exemplo. No entanto, queremos refletir se essa positividade da qual Bruna fala pode ocupar o lugar de uma pedagogia em que o profissional se mantém no lugar daquele que detém o saber, saber este que não deve ser contrariado. No caso da medicação, acreditamos que um modo de produzir a co-responsabilização do usuário seria, por exemplo, ensiná-lo sobre quantos comprimidos pode tomar para cada manifestação e qual o limite que se torna prejudicial ou perigoso para sua própria saúde.

Ana diz que ainda há o lugar social da loucura que encara o sujeito louco como incompetente. Segundo ela, a família e o médico podem pensar isso dele, e ele mesmo também pode se sentir incompetente não só no fazer, mas também no dizer sobre si, sobre a sua doença. Bruna segue a mesma linha de raciocínio, afirmando que os profissionais podem ter seus próprios preconceitos enraizados na cultura, como o de que o sujeito louco precisa de tutela, é incapaz, é infantilizado.

Por isso, diz Ana, é importante haver lugares onde a equipe possa se flagrar no seu próprio preconceito e ser contestada pelos usuários: as assembléias, as reuniões e o conselho gestor. Para ela, é importante haver múltiplos trabalhadores com os quais o usuário possa dialogar:

pois se um não consegue superar o autoritarismo, a outra pessoa é capaz de assinalar isso, um estar atento com o outro (...) Então, tem muitos mecanismos que a gente tem que preservar muito firmemente para gente se flagrar enquanto instituição, enquanto profissional e enquanto pessoa.

Ana diz que esses processos que favorecem às instituições e aos profissionais se flagrarem em seus próprios preconceitos ocorrem de forma fragmentada nos serviços, de modo que nem todos eles produzem espaços que favoreçam tais processos. Por exemplo, muitos CAPS não fazem assembléias com participação de todos e, quando fazem, na maioria das vezes elas são dirigidas por algum profissional da equipe técnica, o que de certa

forma já enviesa as discussões realizadas. Para ela, essa situação de fragmentação em relação a aplicação de ações pensadas nas diretrizes dos CAPS não ocorrem por dois motivos: um deles é a administração por OSs, a outra, principal, é devida à “desarticulação” da Secretaria de Saúde que não fiscaliza esses serviços:

No topo da cadeia, vamos dizer, de técnicas e de estruturas da saúde mental, a assembléia é a coisa mais complexa; é como se na cadeia alimentar da biologia (...) fosse o predador; se não tem predador no território significa que a cadeia alimentar tá falida, entendeu? É porque, porque é uma democracia direta, é uma contestação direta à própria instituição, pra que a instituição não se cristalize, por que a tendência (...) de qualquer instituição é se cristalizar, o CAPS também.

A não existência de assembléias nos CAPS mostra uma contradição que Ana observa no modelo preconizado pela Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, que propõe que as instituições tenham o máximo de espaços de participação e construção coletiva, sendo que a não ocorrência de assembléias já aponta para uma tendência de manutenção das ações rotineiras e possivelmente para a insegurança dos profissionais em serem contestados. As assembléias estão preconizadas inclusive no manual que dispõe sobre objetivos, princípios e diretrizes, elaborado pelo Ministério da Saúde. Portanto, deveria ser uma prática aplicada em todos os serviços:

A Assembléia é um instrumento importante para o efetivo funcionamento dos CAPS como um lugar de convivência. É uma atividade, preferencialmente semanal, que reúne técnicos, usuários, familiares e outros convidados, que juntos discutem, avaliam e propõem encaminhamentos para o serviço. Discutem-se os problemas e sugestões sobre a convivência, as atividades e a organização do CAPS, ajudando a melhorar o atendimento oferecido (BRASIL, 2004).

Ana teme que essas ações de discussão e construção coletiva – como as assembléias e Conferências de Saúde, bem como o modo de realizá-las com a presença dos usuários, trabalhadores e gestores numa participação horizontal, valorizando o discurso deles em relação às próprias vivências –

estejam se perdendo com a chegada de profissionais mais jovens, recém egressos da formação e com pouca experiência de prática política. Para ela, isso acontece também pelo fato de os profissionais mais antigos participantes do Movimento da Luta Antimanicomial estarem desarticulados, não conseguindo transmitir os princípios da mesma e nem, por exemplo, o que é uma assembleia, como deve ser feita, qual o papel do Conselho Gestor, qual a importância das Conferências de Saúde, como devem convocar usuários para fazer assembléias etc. Ana relata que algo que dificulta esse processo de articulação são as exigências das diferentes OSs em torno da produtividade dos profissionais, desvalorizando esses processos de discussão como espaços legítimos de trabalho.

No caso de um novo trabalhador recém-formado que não participou das discussões em torno da Luta Antimanicomial, ou só participou de forma “alijada da ação política”, utilizando as palavras de Ana, é possível pensar que, ao cair no esquema de geração de produtividade das OSs, as ações de construção coletiva entre estes trabalhadores, os usuários e os gestores fica perdida, podendo recair num ativismo profissional: realizar atendimentos, realizar grupos, participar de reuniões de equipe, tudo o que consta na produtividade, sendo que os princípios que nortearam a formação da rede substitutiva existente hoje ficam esquecidos.

Um tema que não havia sido proposto nas questões da primeira entrevista, mas que foi levantado algumas vezes pelas participantes em diferentes momentos das entrevistas, foi sobre o papel da família no processo dos usuários da saúde mental dentro das redes de serviço. Para a pesquisadora, o discurso das participantes suscitou dúvida sobre se a família nesse atual modelo de Saúde Mental detém um papel de tutela em relação aos seus familiares usuários dos serviços substitutivos.

Inicialmente, Ana desconstruiu a ideia comum de família, dizendo que na verdade abordam essa questão buscando identificar que tipo de suporte social e que vínculos afetivos de maior intensidade os sujeitos que chegam ao CAPS têm. Por exemplo, o usuário pode manter vínculo com uma família mais ou menos funcional, mas também pode manter vínculos exclusivamente com

peças da sua comunidade, como é o caso de um morador de rua que Ana relatou. Já os ex-moradores de hospitais psiquiátricos muitas vezes perderam conexões com a família consanguínea e seus vínculos mais importantes são com outros ex-residentes que partilharam das mesmas experiências durante os anos de internação. Para Ana, esses vínculos sociais são:

a sustentação de qualquer sujeito, não de um sujeito que tem problemas de sofrimento em saúde mental, mas de qualquer sujeito. A articulação é social; então, a gente confere a esse suporte de rede social uma importância que ela tem mesmo, que é uma importância terapêutica, mas no sentido amplo, não de tratamento, mas no sentido de que isso... são as redes sociais que dão sustentação da subjetividade. Então, qualquer sujeito precisa disso; então, a gente se preocupa em analisar qual é a rede social que ele pode contar e qual coisa que a gente pode mobilizar.

Após desconstruir a ideia mais comumente utilizada de família, Ana também falou sobre como não vê a família como responsável pelo sujeito, ressaltando que o objetivo do trabalho no CAPS é fazer o próprio sujeito responsabilizar-se por si e por sua vida:

Não responsabilizando a família, mas de alguma maneira ele conseguindo tomar pra si o processo do viver. Então, nesse sentido nós não estamos responsabilizando a família porque o mais importante é que o sujeito que a gente trata perceba que é a vida dele que está sendo gasta, é a vida dele que tá passando, é a vida dele que interessa, e não há pessoa no mundo... mesmo ele, o mais louco dos sujeitos, é capaz de ocupar o lugar dele, dentro da vida dele, não tem maneira de fazer isso pra ninguém, pra nenhuma pessoa, o louco incluído aí; então, dentro desse conceito, dentro dessa ideia, não, a gente não toma a família como responsável; a gente conta com a família porque é um fator de influência, é um fator de sustentação, e é um fator de enriquecimento do sujeito.

Bruna também nos fala de uma família ampliada dos sujeitos, que nem sempre são pessoas com quem ela mantém laços de consanguinidade ou algum parentesco. Ela conta que outras pessoas podem ocupar o lugar de quem acompanha o sujeito, de quem o sustenta, como, por exemplo, amigos, vizinhos, madrastas, cuidadores contratados pela família consanguínea. Bruna

afirma que muitas vezes são essas pessoas que estão implicadas no tratamento do usuário.

A segunda entrevistada considera a família também muito importante e dá exemplos de diferentes formas de entrada da mesma no tratamento dos usuários:

É uma importância bastante ampla. Acho que varia muito entre os diversos usuários, mas uma parte considerável dos nossos usuários precisam da referência familiar também ali por perto, às vezes só para manter um pouco a... não é que precisa no sentido só da tutela, né? Mas assim... são situações muito complicadas, muito difíceis. Às vezes tem situações mais estáveis que têm um contato muito pontual, importante... porque marca uma presença. Outra situação mais específica são intervenções nucleares, de famílias muito difíceis ou pessoas que resistem muito. Tem várias situações que a gente acompanha mais a família do que o usuário. Porque o usuário tem dificuldade de frequentar o CAPS... se nega a participar de atividades.. E é o familiar o principal elo com o tratamento, seja em atendimento, nas próprias consultas, seja no grupo (de familiares).

De forma ligeiramente distinta, Bruna também fala de uma família como necessária para a sustentação do sujeito, o que vai ao encontro do que diz Ana. Mas nessa fala podemos perceber que Bruna entende que cada indivíduo necessitará de diferentes níveis de sustentação desses vínculos, dependendo também do momento de vida em que ele se encontra.

Bruna traz um elemento novo sobre a família, que é a responsabilidade dela também como participante na construção do serviço, sem que se mantenha passiva ao longo do tratamento, mas se implicando nele, inclusive participando do conselho gestor.

Outro ponto brevemente levantado por Ana e Bruna em alguns momentos foi a utilização da medicação em usuários de saúde mental. Esse ponto nos chamou a atenção no que diz respeito à contradição controle e autonomia existente no atual modelo de Saúde Mental. Pelas falas de Ana e de Bruna, parece ser comum a todos os usuários que em seus PTSs conste a medicação como uma das abordagens terapêuticas. Isto fica claro quando elas

referem que no início do tratamento todos são encaminhados ao psiquiatra, sendo que nos casos de crises graves ou surtos os usuários são encaminhados ainda a hospitais psiquiátricos que utilizam medicação forte de contenção. De acordo com Ana, isto chega a deixar os usuários perdidos espacialmente quando retornam aos CAPS, inclusive aqueles que demonstravam maior autonomia de locomoção na cidade antes das internações.

Isso nos chama a atenção e nos leva ao seguinte questionamento: embora os hospitais psiquiátricos estejam sendo utilizados como retaguarda em casos muito graves, com menor tempo de permanência dos pacientes, será que a medicação não vem funcionando como contenção química dos usuários? Ou será que ela vem sendo utilizada como única forma de mantê-los circulando na sociedade? O que não deixa de ser uma forma controlada e submetida, quimicamente, “na marra”, ao convívio social adequado. Será que, nesse caso, os CAPS não estão funcionando como operadores de um controle sobre seus usuários?

Ao ser questionada sobre o papel da medicação, Bruna relata o que ouviu dos usuários, mas também descreve como percebe que o medicamento pode se tornar uma contenção química para o “problema” (sic) e dar conta de situações e de expressões do sujeito que nem a família, nem a sociedade e nem os profissionais aguentam:

Do ponto de vista daquilo que eu vejo, que eu escuto dos usuários, é desde o inimigo público número 1 até o milagre em terra. Até a salvação, até Deus. Acho que são relações de amor e ódio. Alguns têm questionamentos muito pelas reações que causam (...) E também para o familiar e muitas vezes para a equipe fica... a medicação ainda ocupa um lugar muito central e de muita expectativa esperançosa de que vai dar conta do problema. Ou porque está agitado, ou porque está deprimido, ou porque vai ficar mais quieto, ou porque não vai ter crise. (...)

Mas tem um uso alto que deixa a pessoa controlada quimicamente. Tem muitos usuários que brigam às vezes com a medicação. Eles não gostam. Jovens reclamam da questão da impotência sexual. Negociam e tentam trocar. (...) às vezes não tomam, ou tomam

quando querem. Leva para 30 dias e consegue valer para 60. A própria família dá mais ou menos...

Na sua fala, Bruna toca explicitamente num aspecto que só eventualmente aparece nas falas dos profissionais, dos familiares e da sociedade: uma posição de controle que de fato a medicação vem ocupando. Inclusive, quando os usuários estão mais estáveis e se mantêm cuidados pela atenção básica, a medicação tomada de maneira regular tende a ser a responsável pela manutenção de um ser “mais adequado” que pode estar num serviço de menor intensidade.

No entanto, em sua fala Bruna também expressa o desejo dos usuários pela tomada de suas próprias decisões, quanto a como querem se sentir administrando suas próprias medicações.

Abaixo, relatamos um trecho em que Ana contrapõe essa perspectiva negativa relativa à medicação:

A gente não é contra o uso da medicação que seja feita em conjunto com outras ações, porque a gente quer considerar o sujeito na sua integridade. Então, não quer simplesmente controlar sintomas. A gente quer que o usuário compreenda o que ajuda ele na medicação e ele consiga compreender o que o médico está propondo como suporte pra vida dele, mas o suporte do sujeito que ele é, e como é que a medicação então pode dar o suporte pra ele, um suporte que ele compreenda e aceite, ou não. Pode ser que um psicótico resolva que não quer ser medicado e a gente sustenta o direito dele, não o direito civil, mas é um direito de sujeito, que se esse sujeito não tem o arbítrio sobre suas coisas, ele não consegue configurar o sujeito que ele é. Então, não é uma coisa fora do processo de discussão e não é uma coisa completamente... frontalmente contra... que nós somos contra os remédios, não, nem contra a medicina de forma nenhuma (...). A gente tem uma preocupação que a medicação não exprima o tratamento do sujeito, porque o principal é o sujeito no tratamento dentro da saúde mental do SUS, como a gente propôs nas conferências.

No entanto, ainda assim parece ter algo da loucura que não pode ser sustentado, pois ainda é passível de internação em hospitais psiquiátricos e de medicalização.

Muitos profissionais podem estar em consonância com os princípios da Reforma Antimanicomial e pensar a medicação como mais um recurso terapêutico. Mas a rede substitutiva ainda é falha, pois não tem leitos suficientes em CAPS III, nem em hospitais gerais para situações de extrema gravidade em que o sujeito pode colocar sua vida e a de outras pessoas em risco. Ainda mantemos os hospitais psiquiátricos como retaguarda, o que mostra as contradições no modelo: de um lado, a medicação utilizada para possibilitar que o sujeito se sustente, seja mais do que seus sintomas, possa dizer de si, e escolher como usá-la; de outro lado, a manutenção do isolamento e do controle com contenção química maciça e física nos momentos de surtos e em tantos outros momentos que vão se tornando insuportáveis quanto mais soluções medicamentosas arranjarmos para eles.

Podemos refletir se enquanto houver manicômios na retaguarda do insuportável sempre os buscaremos, ao invés de ampliarmos a rede substitutiva, o Programa Saúde da Família, as discussões com a co-participação de trabalhadores e usuários do SUS, e nos atentarmos para as formações críticas e interdisciplinares dos profissionais da saúde mental.

Uma outra contradição presente ainda no sistema de saúde que afeta os usuários de saúde mental no sentido de dificultar o processo de emancipação dos mesmos foi apontada por Bruna ao falar sobre os benefícios previdenciários:

Então hoje em dia está se ampliando a discussão dessa questão. O benefício, seja o auxílio-doença, ou até a aposentadoria por invalidez, seja o LOAS, né... Ampliando essa discussão de que eles são para situações de incapacidade trabalhista. O que se discute é como ter algum tipo de benefício que é para incentivar a capacidade produtiva do sujeito e não para cronificar. Que vai na linha por exemplo do bolsa-escola.

Dificulta? Claro que dificulta (...). Muitas vezes a gente vê até de voltar a estudar e às vezes a pessoa tá tentando, tá tentando aquele

benefício. A família querendo aquela coisa... Mas se a pessoa se mostra melhor, não precisa nem estar com carteira assinada, quer dizer, 'ah não vai passar no perito'. Aí tem toda a indústria, toda a história dos advogados que tiram dinheiro (...). Então, tem uma indústria aí também dos benefícios.

(...) Acho que é mais um fator que pode dificultar (...) que dificulta, algumas situações mais, outras nem tanto, mas que dificulta o projeto de inserção social e às vezes até de terapêutica.(...) Quer dizer, tem que ficar inválido, às vezes demora um tempo pra virar e falar 'não, você não precisa ficar...vestir a camisa do doente' .

A partir da fala de Bruna vemos claramente uma dificuldade que o próprio sistema de benefícios acarreta. Sendo mais uma questão com que os profissionais de saúde têm que lidar ao pensar os projetos terapêuticos, a inserção social dos sujeitos e a própria dinâmica familiar que é afetada quando há demonstrações de emancipação, pois muitas vezes é o auxílio por invalidez que sustenta sua família. São exemplos de situações que dificultam para que os usuários de saúde mental saiam de uma posição passiva.

Analisando todas as entrevistas, constatamos no discurso de ambas as participantes contradições relacionadas à oposição "controle e autonomia", presentes tanto nas práticas profissionais quanto na política aplicada do atual modelo de saúde mental.

8. Considerações Finais

A extensa contextualização realizada nos capítulos iniciais foi necessária para que a pesquisadora se apropriasse do tema da Reforma Psiquiátrica, da rede substitutiva criada a partir da mesma e de suas implicações atuais.

Percebemos ao analisar as entrevistas que além do conteúdo manifesto, existia também na fala das participantes conteúdos implícitos, como, por exemplo, a menor apropriação de alguns temas, que também mereceriam maiores considerações, mas que devido ao tempo para realização deste trabalho não foram possíveis de serem avaliados.

A análise das entrevistas das duas participantes do nosso estudo evidenciou algumas contradições nas práticas profissionais que ocorrem nos CAPS e nos serviços da rede que atendem casos de saúde mental. É possível concluir que o atual modelo de saúde mental estabelece diretrizes inovadoras, mas também se depara com entraves administrativos que impõem dificuldades à realização do que está preconizado. Por exemplo, a dificuldade de inserção social pelo trabalho resultante de políticas públicas que concebem benefício a incapazes e, portanto, desestimulam os usuários dos CAPS a tentarem ingressar no mercado de trabalho.

Considerando o que as entrevistadas ressaltaram sobre as práticas que ocorrem dentro dos CAPS, observamos que elas concordam que esses serviços devem ser promotores de autonomia, embora identifiquem alguns obstáculos que dificultam o alcance desse objetivo.

Podemos fazer algumas observações mais específicas, como o uso do termo “paciente” que as entrevistadas fizeram para se referirem ao usuário do CAPS, termo comumente utilizado por psicólogos que fazem atendimento em consultórios. Podemos dizer que esse termo se refere a uma condição passiva de alguém que espera receber algo: tratamento, ajuda, cura, um plano de atividades, e isso remete a uma formação tradicional do psicólogo que ainda hoje ocorre nas instituições de ensino superior. Por outro lado, pode ser que o uso desse termo represente muito mais um vício de linguagem das profissões

da saúde, sem que de fato essas profissionais acreditem na passividade dos usuários para os quais prestam serviço. Como disse Bruna, mudar a denominação não necessariamente muda o real estado das coisas.

Sem dúvida, não conseguimos deixar de pensar na dificuldade dos serviços em ofertar autonomia quando se atende sujeitos em estados gravíssimos de sofrimento, quando muitos estão tomados pelos sintomas que muitas vezes são a pior forma de aprisionamento que uma pessoa pode enfrentar, já que aquilo que a domina está em si mesma. Também pensamos na dificuldade de lidar com sujeitos que tiveram grande parte da sua vida controlada por outros, por medicação intensa, em internações sequenciais ou de duração de uma vida. Novamente nos remetemos ao discurso de Bruna: é mais fácil fazer pelo sujeito do que construir com ele seu potencial.

Citando novamente Onocko-Campos e Campos (2006), é necessário aos profissionais participarem da co-construção da autonomia desses sujeitos, mas para isso é necessário dar-lhes voz, acreditar que seus desejos podem surgir e auxiliá-los a construí-los também. Para que isso ocorra, como afirmou Ana, é necessário haver espaços que permitam aos trabalhadores se flagrarem e perceberem quando se apaga o desejo do usuário quando subjugado ao desejo deles de que ele se adeque, de que ele tome a medicação exatamente como prescrita, e até talvez de que ele se cure.

Essas entrevistas também nos inspiraram a pensar nos profissionais que estão atuando hoje no campo. Tantos anos depois das primeiras mudanças decorrentes do Movimento Antimanicomial, muitas das ações continuam por querer ir rumo à construção contínua de serviços de saúde mais éticos, com a promoção de cidadania, através da participação e co-construção com os usuários.

No entanto, sabemos que a amostra de entrevistadas é muito pequena para dizermos que as práticas atuais presentes nos serviços de saúde mental estão em consonância com essa posição ética.

O modelo de Saúde Mental vai muito além das diretrizes propostas em leis e tiradas nas Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental. Ele

está além dos muros dos CAPS, dos CECCOs, das RTs, das UBSs. Este modelo é composto pelos trabalhadores que dele fazem parte, pelos usuários e familiares que dele participam e das práticas que os ligam uns aos outros. Por isso a importância de verificar se as práticas estão sendo promotoras de co-participação, co-construção e co-cuidado.

Novamente voltando à fala das entrevistadas, o processo de construção do modelo e das práticas é dinâmico e pode apontar para várias direções simultaneamente. Tanto em escalas menores, de pequenas ações cotidianas, que libertam ou subjagam, quanto em ações maiores de políticas públicas e legislativas.

A principal reflexão que este trabalho nos favoreceu foi compreender a importância de construirmos e/ou mantermos lugares de reflexão, de construção coletiva e de autogestão para nos flagrarmos, como diz Ana. Penso que esse é um lugar de grande importância na formação, que deve oferecer as bases epistemológicas e as possibilidades críticas para os novos profissionais escolherem para qual direção política de atuação querem se lançar, a partir da compreensão das diferentes éticas presentes nas possibilidades do seu fazer profissional.

Referências bibliográficas

AMARANTE, P. (coord). **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1995a.

_____. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set., 1995b.

_____. (Coord). **Saúde Mental, políticas e instituições**: programa de educação a distância. Rio de Janeiro, RJ: FIOTEC/ FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

_____. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007.

ANGELO, M. **Biopolítica e sociedade de controle**: Notas sobre a crítica do sujeito entre Foucault e Deleuze. 2000. Disponível em: <http://www.revistacinetica.com.br/cep/miguel_angelo.pdf> Acesso em: 17 de maio 2013.

ANTUNES, M. A. M. (org). **História da Psicologia no Brasil**: primeiros ensaios. Rio de Janeiro, RJ: EdUERJ/ Conselho Federal de Psicologia, 2004.

BIERNACKI, P.; WALDFORD, D. Snowball sampling: problems and techniques of chain referral sampling. **Sociological Methods & Research**, n. 2, p. 141-63, 1981.

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

_____. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Distrito Federal, v. 57, n. 5, p. 611-614, set./out. 2004.

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

CLASEN, B. N. **A autonomia dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial nas relações cotidianas**. 2010. 102 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: CFP, 2013.

COSTA, J.F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 3a ed. Rio de Janeiro, RJ: Campus, 1980.

CUNHA, M, C, P. **O espelho do mundo, a história de um asilo**. Rio de Janeiro, RJ: Paz e Terra, 1986.

DEMISSÃO em massa no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Itapeva - A história se repete... Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/60856-demissao-em-massa-no-centro-de-atencao-psicossocial-caps-itapeva-a-historia-se-repete>> Acesso em: 27 nov. 2013.

DEVERA, D; COSTA-ROSA, A. Marcos históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Transformações na legislação, na ideologia e na práxis. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 6, n. 1, p. 60-79, 2007.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo, SP: Perspectiva, 2009.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 40a ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FERREIRA, A. A. et al. Entre a autonomia e o controle: o surgimento do indivíduo como condição de possibilidades dos saberes e práticas psicológicas. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 337-338, jan./jun. 2008.

FLEURY-TEIXEIRA, P. et al. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 2115-2122, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, J. **O que é loucura**. São Paulo, SP: Brasiliense, 2008.

FREITAS, W. R. S.; JABBOUR, C. J. C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. **Estudo & Debate**, Lajeado, v.18, n. 2, p. 7-22, 2011.

GAUDENZI, P. **Um olhar da bioética sobre o cuidado com a própria saúde no contexto da Saúde Pública e do exercício do biopoder na atualidade**. 2009. 128 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro. 2009.

KODA, M, Y. **Da negação do manicômio à construção de um modelo substitutivo em saúde mental: o discurso de usuários e trabalhadores de um núcleo de atenção psicossocial**. 2002. 183 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e do Trabalho). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2002.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 577-584, out./dez. 2004.

MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo**. 2009. 141 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2009.

MIELKE, F. B. et al. O cuidado em saúde mental no CAPS no entendimento dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 159-164, 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. S. et al (org). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

PITTA, A. M. F. (org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAUTER, C.; PEIXOTO, P. T. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, abr./jun. 2009.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Considerações sobre a autonomia na contemporaneidade. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, ano 7, n. 3, p. 46-59, 2007.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil - uma visão histórica. In: COSTA, N. do R; TUNDIS, A. S(org). **Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil**.7ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ROSA, L. C. S. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3ª ed. São Paulo, SP: Cortez, 2011.

ROTELLI, F. **A instituição inventada**. Revista Per la salute mentale/ For mental health" 1/88 – do "Centro Studi e Ricerche per la Salute Mentale della Regione Friuli Venezia Giulia. Disponível em: <http://oriundi.net/files/istituz.invent_po.pdf> Acesso em: 27 abr. 2014.

RUAS, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; CARDOSO, I. V. N. **Práticas Psi ao longo da História: Compreendendo as práticas da Análise Institucional através da Governamentalidade Liberal**. 2009. Disponível em: <http://abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/520.%20pr%C1ticas%20psi%20ao%20longo%20da%20hist%D3ria.pdf> Acesso em: 17 de maio 2013.

TEIXEIRA, S.F. (org). **Reforma Sanitária – em busca de uma teoria**. 4ª ed. São Paulo/ Rio de Janeiro: Cortez / Abrasco, 2011.

ANEXO A - ROTEIRO DA 1ª ENTREVISTA

Comente sucintamente como você vê a atual política de saúde mental em relação às anteriores.

Fale sobre as dificuldades e os desafios para realização do atendimento em saúde mental no CAPS; comente como você lida com eles e, se desejar, compare com experiências anteriores.

Como são realizados os projetos terapêuticos singulares dos usuários? Há desafios na formulação dos mesmos? Se sim, quais os principais e como você e a equipe lidam com eles?

Como percebe capacidade de realização dos usuários nas tarefas cotidianas dentro e fora do CAPS? Comente dois casos que exemplifiquem o seu ponto de vista.

Você acha que o CAPS, os psicólogos, psiquiatras e os profissionais influenciam decisões dos usuários dos serviços? Se sim, de que forma?

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
_____ portador(a) da cédula de identidade RG
nº _____, residente
na _____
_____, telefone _____, autorizo a utilização dos dados
por mim fornecidos por meio de entrevista para fins de pesquisa qualitativa.

Entendo que a pesquisa intitulada: “Contradições das práticas psi no atual modelo de saúde mental” justifica-se por ser fundamental a discussão sobre as implicações éticas da atuação dos profissionais que detêm o saber psi e tem como finalidade investigar em que medida os profissionais psicólogos e psiquiatras conseguem sustentar na ação cotidiana do exercício profissional na instituição (CAPS) as premissas do discurso epistemológico antimanicomial que orientam sua prática e, nos casos em que houver conflitos entre o pensar e o fazer, entender e discutir quais situações favorecem a emergência dos mesmos, contribuindo em um segundo momento para a formulação de propostas de cunho reflexivo sobre o tema junto aos profissionais de CAPS.

A presente pesquisa consiste em um estudo qualitativo, de caráter descritivo e explicativo. Tem como estratégia metodológica duas entrevistas semi-dirigidas com cada participante, sendo que a primeira entrevista terá como base questões norteadoras, e a segunda terá como finalidade o esclarecimento de aspectos que não foram abordados na entrevista anterior, buscando compreender o discurso dos participantes de forma mais consistente.

Declaro estar ciente de que não há riscos previstos com a minha participação no estudo e de que qualquer publicação deste material excluirá possíveis informações que permitam a minha identificação por parte de terceiros, ou mesmo a identificação de quaisquer órgãos ou instituições a que eu fizer referência nas entrevistas, preservando assim minha privacidade e garantindo o sigilo destes órgãos.

Declaro, também, que minha participação é voluntária e que poderei encerrá-la a qualquer momento que julgue necessário, sem qualquer prejuízo para mim. Caso deseje cancelar minha participação, recebi a garantia de que meus dados não serão utilizados.

Estou ciente de que o compromisso do pesquisador é de utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa e possíveis publicações decorrentes da mesma, e que os participantes do estudo poderão ter acesso ao material da pesquisa ou publicações, entrando em contato com a pesquisadora e com o pesquisador responsável através dos respectivos endereços eletrônicos: pa_celina@yahoo.com.br; p_macieljr@pucsp.br.

Assinatura do participante no estudo: _____

São Paulo, ____ de _____ de 2014.

Prof. Dr. Plínio de A. Maciel Junior

Paola Celina de Carvalho Silva

Responsável pela Pesquisa

Pesquisadora

CRP: 06/44.464-5