

ANA PAULA FREITAS GULJOR

**Os Centros de Atenção Psicossocial: um Estudo
sobre a Transformação do Modelo Assistencial em Saúde
Mental**

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

Área de concentração: Planejamento e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. Paulo Duarte Amarante

Rio de Janeiro

2003

Fundação Oswaldo Cruz/FIOCRUZ

Escola Nacional de Saúde Pública

**OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM
ESTUDO SOBRE A TRANSFORMAÇÃO DO MODELO
ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL**

Ana Paula Freitas Guljor

BANCA EXAMINADORA

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

(nome e assinatura)

Dissertação defendida e aprovada em: ____ / ____ / ____

A Francisca, Nair, Henrique e Paulo (*in memoriam*), meus pais, sem os quais nada teria sido possível.

A Isabella, o amor da vida...

AGRADECIMENTOS

À Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, por possibilitar a realização deste trabalho.

À equipe do CAPS Rubens Correa, pelos momentos de reflexão e discussão no período que por lá passei.

À equipe do CAPS Simão Bacamarte e seus usuários, com os quais tanto aprendi.

Ao pessoal do Clube da esquina e do CAD do IPUB, que, entre discussões intermináveis e passeios aos sábados, permitiram vislumbrar uma nova forma de “andar” a psiquiatria.

À equipe do Programa de Saúde Mental de Paracambi, com quem divido tristezas e alegrias para além dos ideais.

Ao grupo do Seminário de Saúde Mental do LAPS/Fiocruz, pelas contribuições no pensar o modelo assistencial em Saúde Mental nas prazerosas tardes de discussão.

À equipe e aos usuários do “De volta à Cidadania”, com os quais pude perceber que é possível.

Ao Prof. Dr. João Ferreira da Silva Filho, pelo incentivo para iniciar este percurso.

Ao amigo e sempre supervisor Ricardo Vaz, pela força e exemplo da leveza de construir um projeto em Saúde Mental.

Aos amigos do que foi a Casa da Glória e nossas discussões sobre a mudança de paradigma.

A Cláudia Mara, pela ajuda na organização desta dissertação.

A Ândrea, pelo ouvido amigo e intervenções precisas nos momentos difíceis deste percurso.

À amiga querida Cristina Vidal, pelo incentivo e por acreditar...

Ao amigo Hugo Fagundes, pela tolerância com uma assessora imersa em sua dissertação.

A Francisca, minha mãe, pelo tempo dedicado a cuidar de tudo para que esta dissertação acontecesse.

À Deise Martins, pela ajuda com aqueles "probleminhas" insolúveis de última hora e pelo carinho dos momentos de angústia.

Ao Paulo Amarante, mais que um orientador, um mestre... pelo carinho, paciência e por sempre acreditar que seria possível.

Ao José Paulo, marido e companheiro, pelo ombro amigo, por estar ao lado.

“(...) no mais solitário deserto ocorre a segunda transmutação: em leão se torna aqui o espírito, liberdade quer ele conquistar e ser senhor de seu próprio deserto.

(...) “Tu-deves” se chama o grande dragão. Mas o espírito do leão diz “eu quero”.

“Tu-deves” está em seu caminho, cintilante de ouro, um animal de escamas, e em cada escama resplandece em dourado: “Tu-deves!”

Valores milenares resplandecem nessas escamas e assim fala o mais poderoso de todos os dragões: “todo o valor das coisas – resplandecem em mim”.

“Todo o valor já foi criado, e todo valor criado – sou eu. Em verdade, não deve haver mais nenhum ‘Eu quero’!” Assim fala o dragão.

Meus irmãos, para que é preciso o leão no espírito? Em que não basta o animal de carga, que renuncia e é respeitoso?

Criar novos valores – disso nem mesmo o leão ainda é capaz: mas criar liberdade para nova criação – disso é capaz a potência do leão. Criar liberdade e um sagrado Não, mesmo diante do dever: para isso, meus irmãos, é preciso o leão (...).”

Nietzsche, F., *Das três transmutações*.

Sumário

Abstract	7
Resumo	8
1. Introdução	9
2. Percurso metodológico	18
3. O campo da atenção psicossocial – a trajetória da construção de um novo paradigma em saúde mental	24
3.1. A loucura na história	24
3.2. Os movimentos de "reforma"	32
3.3. A construção do paradigma psicossocial	41
4. Os Novos Serviços de Atenção Psicossocial	46
4.1. O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, em São Paulo	48
4.2. Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos	54
5. Do ideal da teoria ao inesperado da prática - o universo teórico-clínico dos serviços	66
5.1. CAPS Luiz Cerqueira – Principais características	66
5.1.1. Clientela	67
5.1.2. Pressupostos do modelo assistencial	69
5.1.3. Espaço arquitetônico	74
5.1.4. Cotidiano da atenção	76
5.1.5. Equipe	83
5.1.6. Clínica	86
5.2. Os NAPS de Santos – principais características	92
5.2.1. Clientela	92
5.2.2. Pressupostos do modelo assistencial	94
5.2.3. Espaço arquitetônico	100
5.2.4. Cotidiano da atenção	101
5.2.5. Equipe	111
5.2.6. Clínica	115
6. Configurações de um novo modelo? Síntese das principais contribuições na construção do Paradigma Psicossocial	124
6.1. A gestão do sistema	124
6.2. Pressupostos do projeto assistencial	128
6.3. Espaço arquitetônico	137
6.4. Cotidiano da atenção	139
6.5. Equipe	146
6.6. Clínica	149
7. Considerações finais	159
Referências bibliográficas	168
Anexos	174

ABSTRACT

This study aims at mapping out the changes in the Assistencial Model in Mental Health, privileging the analysis of the process of building up a new paradigm. Out of a brief historical review, two pioneer propositions of change in Mental Health assistance in Brazil - The Psicossocial Attention Center, "Centro de Atenção Psicossocial" (CAPS) Luiz Cerqueira in São Paulo and the Nucleuses of Psicossocial Attention, "Núcleos de Atenção Psicossocial" (NAPS) in Santos - stand out. Both of them have become reference landmarks for the construction of a new Assistencial Model. Inaugurated in the late 80's, as of 1992 they've had their denominations and performance dynamics used to characterize the national official provisions for Mental Health Assistance in the Regulations of the Ministry of Health.

The written product of the Coordinators and professionals and/or programs along with their projects of constitution support the discussion of the constitutive notions and concepts of the first services based on the current Psicossocial Attention Paradigm in Brazil.

By means of content analysis through thematic analysis, five categories have been selected, from which the author seeks, in the prospect of the Psychiatric Reform engage into a discussion about how these experiences have effectively contributed to a disruption from the traditional assistencial model, hegemonic until then. Thus, the surmises of the assistencial model, the architectural scenario for the studied services, the configuration of the teams, the peculiarity of the daily operations in these settings, the profile of the target clientele and the bases for the clinical intervention are discussed.

Accordingly, the construction of a distinct intervention, differentiated from the traditional assistencial model has emerged, while having, nevertheless, its own characteristics in each service. We conclude that, in these two processes, the construction of the Psicossocial Attention Paradigm has been influenced not only by the management line of the local system and its political conjuncture, but also by the theoretical reference adopted, determining, this way, peculiar courses to each, as far as the possible disruptions from the hegemonic model are regarded.

Keywords: attention in mental health; psicossocial attention; assistencial model in mental health; psicossocial attention centers.

RESUMO

A perspectiva deste trabalho foi mapear as transformações do modelo assistencial em Saúde Mental, privilegiando a análise do processo de construção de um novo paradigma. A partir de um breve resgate histórico, destacamos duas propostas de transformação da assistência em Saúde Mental pioneiras no Brasil – O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Luiz Cerqueira, em São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de Santos. Ambas experiências que se configuraram enquanto marco referencial na construção de um novo Modelo Assistencial. Inaugurados em fins da década de 80, tiveram suas denominações e dinâmica de funcionamento usadas para a caracterização oficial nacional dos dispositivos de assistência em Saúde Mental em Portarias do Ministério da Saúde, a partir de 1992.

A produção escrita dos coordenadores e profissionais dos serviços e/ou programas, paralelamente a seus projetos de constituição, subsidiam as discussões sobre as noções e conceitos constitutivos dos primeiros serviços pautados no Paradigma da Atenção Psicossocial em funcionamento no Brasil.

Utilizando a análise de conteúdo na modalidade de análise temática, foram destacadas cinco categorias, a partir das quais o autor busca, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, travar uma discussão sobre a forma como essas experiências efetivamente contribuíram para uma ruptura com o modelo assistencial tradicional até então hegemônico. Sendo assim, são discutidos os pressupostos do modelo assistencial, o espaço arquitetônico dos serviços estudados, a configuração das equipes, a especificidade do funcionamento cotidiano desses locais, o perfil da clientela-alvo e as bases da intervenção clínica.

Como resultado observou-se a construção de uma intervenção diferenciada do modelo assistencial tradicional que, entretanto, possui características próprias em cada serviço. Concluímos que, nos dois processos, a construção do Paradigma da Atenção Psicossocial sofreu influências desde a forma de gestão do sistema local e sua conjuntura política até o referencial teórico adotado, determinando percursos peculiares a cada um, no que diz respeito às rupturas possíveis com o modelo hegemônico.

Palavras-chave: atenção em saúde mental; atenção psicossocial; modelo assistencial em saúde mental; centros de atenção psicossocial.

1. INTRODUÇÃO

Desde os preceitos pinelianos do século XVIII – com o tratamento moral – até os dias de hoje, a Psiquiatria ampliou o leque do que pode ser considerado terapêutico cientificamente. Ou melhor, por mais de duzentos anos, as intervenções no campo da Saúde Mental abarcaram disputas entre saberes e práticas que delinearam um percurso de "reformas" na assistência psiquiátrica.

É na representação do louco, do que é a loucura para a sociedade em dado momento histórico, que podemos perceber como uma concepção X ou Y prevalecerá sobre as outras, determinando um modelo de intervenção sobre a questão. No entanto, as mudanças ocorrem gradualmente, o que permite a coexistência de dispositivos que se orientam por concepções não-conciliáveis e causariam surpresa ao olhar mais atento. É importante ressaltar que as transformações serão sempre processuais.

Nas últimas décadas, vem sendo delineada, no Brasil, uma transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, a partir da implantação dos novos dispositivos de atenção psicossocial – apesar de ainda se configurarem como "alternativos"¹ ao modelo tradicional. Optamos por denominar de “tradicional” os modelos de atenção estruturados predominantemente na internação psiquiátrica e nas consultas ambulatoriais.

A finalidade dessa classificação é não restringir o conceito ao modelo clássico descrito por Castel (1991, p. 12). Entendemos por tradicional todos os modelos centrados na perspectiva médica racionalista; uma prática clínica que objetiva unicamente a remissão dos sintomas, não considerando o paciente um sujeito que possui necessidades, desejos e com singularidades em seu sofrimento psíquico, aqui compreendido como o desmoronamento de sua estrutura psíquica vivenciada pelo psicótico.

Na perspectiva desses “novos” dispositivos, destacamos o que compreendemos enquanto novo, já que não os concebemos como estruturas sem parâmetros na história da psiquiatria. Acreditamos que estes não inauguram uma visão de mundo revolucionária e, desta forma, recebem a influência de diversos movimentos de reforma da assistência

¹ Apesar de atualmente o Ministério da Saúde adotar como orientação oficial do modelo assistencial em Saúde Mental os novos dispositivos, estes ainda são numericamente reduzidos, no que diz respeito à cobertura populacional, se compararmos à cobertura dos programas de Saúde Mental, cuja intervenção se dá exclusivamente através do atendimento ambulatorial e/ou internação psiquiátrica.

psiquiátrica, sobretudo a partir da década de 60. Por outro lado, esses serviços produzem uma radical mudança de paradigma na assistência em Saúde Mental no país, não se configurando em uma simples adaptação à realidade brasileira dos modelos propostos por aqueles movimentos.

A problematização da questão dos direitos e deveres, a responsabilização do usuário sobre seu tratamento e também a conquista da cidadania através da militância, do trabalho e do movimento da luta antimanicomial², explicitam uma maior complexidade das demandas assistenciais que o novo modelo se propõe a abarcar³.

Discutimos a mudança no modelo assistencial partindo do conceito de Teixeira (2000, p. 261) onde este é definido como: “(...) *combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas (métodos e instrumentos) utilizados para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas*”.

Desta forma, o modo de intervenção dos serviços sobre a demanda de uma dada população em um determinado local não se restringe à organização ou ao gerenciamento destes; perpassa a realização de práticas, regulamentos, relações, enfim, do *modus operandi* desses dispositivos.

Segundo Portocarrero (1990, p. 11), citando Foucault:

“Um dispositivo demarca um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. A rede que se pode estabelecer entre estes diversos elementos configuraria o dispositivo”.

Sendo assim, partimos do pressuposto que o modelo tradicional de assistência em Saúde Mental tem, nas últimas décadas, atravessado um período de marcantes transformações. Diversos programas de Saúde Mental vêm operando um deslocamento do usuário da perspectiva reducionista do "paciente" para a perspectiva de conquista da cidadania e, desta forma, a demanda da clientela passa a ser compreendida como além de sinais e sintomas psicopatológicos. A resolução da agressividade e o desaparecimento das

² Sugerimos a leitura sobre a construção do Movimento da luta Antimanicomial em Amarante (1995); Yasui, (1999).

³ Uma leitura mais aprofundada pode ser feita em Costa Rosa (2000).

alucinações e delírios são parte de uma abordagem terapêutica que compreende também o resgate de direitos básicos como ter nome, documentos, residência, emprego, amigos.

Essa noção implica uma intervenção mais abrangente dos dispositivos de Saúde Mental, ou seja, transpõe a instituição em direção à inserção na comunidade. Ampliam-se os limites do serviço, no sentido positivado⁴, na medida em que este é o organizador de uma rede de assistência cujo fim não se resume à própria unidade. Desta forma, utilizam instrumentos na atenção ao paciente que não se limitam ao espaço arquitetônico da instituição. O afastamento do espaço asilar, a localização das unidades no interior das comunidades e a reciprocidade com suas estruturas de serviços e inter-relações sociais, enfim, a inserção territorial, demarcam um campo.

No trabalho técnico, as equipes multidisciplinares, ao executarem diversas modalidades de atendimento, como oficinas terapêuticas, atendimentos individuais, lazer assistido e cooperativas de trabalho, apontam para uma concepção mais abrangente da compreensão do tratamento psiquiátrico.

A relação verticalizada, hierárquica, da perspectiva médica, é questionada no que diz respeito ao seu aspecto excludente e normatizador. Conforme destaca Vasconcelos (1997, p. 21): *“O paradigma (...) centrado no problema-solução, doença-cura é desconstruído no sentido de uma reinvenção da saúde, da existência sofrimento dos pacientes buscando a produção de vida”*.

Uma intervenção multifacetada, inclusiva, apontando para a interdisciplinaridade⁵ como rotina; tem sido o caminho descrito como o ideal. Os Centros de Atenção Psicossocial surgem nesse contexto. Seus objetivos se contrapõem ao modelo assistencial até então hegemônico, propondo-se a transformações efetivas, tanto no que se refere à organização de serviços, quanto na clínica desenvolvida em Saúde Mental. Na entrada do novo milênio, já é possível se afirmar que a criação de novos dispositivos é uma realidade concreta.

⁴ Esta ampliação visa a que a intervenção dos novos dispositivos seja embasada nas necessidades do sujeito e, este, inserido em seu território. A ação em seu processo terapêutico, neste contexto, se daria também nos espaços sociais que compõem seu cotidiano. Da mesma forma, o serviço funcionaria como um articulador de uma rede, a qual incluiria diversos outros dispositivos como forma de construção de um suporte externo ao usuário.

⁵ Adotamos, neste sentido, a discussão feita por Vasconcelos (1997, p.26), em que o mesmo encara a interdisciplinaridade enquanto paradigmática, pois exige a transformação de saberes já instituídos a partir de uma interferência dialética de diversos outros campos.

Entretanto, as internações psiquiátricas ainda estão entre os maiores gastos do SUS, apesar dos incentivos à desospitalização e das vantagens na remuneração de procedimentos extra-hospitalares. Os ambulatorios se mantêm com uma demanda exponencialmente crescente, sendo cronificadores de uma clientela psiquiatrizada (com raras exceções). Não é preciso uma análise detalhada para presumir que este modelo ainda é encontrado em um grande número de municípios, inclusive naqueles onde já existem os Centros de Atenção Psicossocial⁶.

Esta realidade nos aponta que, apesar de as condições estarem estabelecidas, ainda há um longo percurso a ser trilhado. Além da sensibilização dos gestores, é preciso clareza das diretrizes do novo modelo assistencial. Suas intervenções não são o reflexo de uma legislação mas, sim, o fruto de um longo processo de construção e desconstrução de saberes e práticas.

A realidade brasileira hoje, apesar das considerações acima, é bastante favorável ao campo da Saúde Mental comprometido com a Atenção Psicossocial. A partir da década de 90, podemos observar um incremento na legislação de Saúde Mental no que diz respeito à regulamentação e ao financiamento dos serviços. Em 1991, os CAPS foram inseridos na tabela de procedimentos do SUS, com a Portaria MS/SAS nº 189/91. No ano seguinte, a Portaria MS/SAS nº 224/92 regulamentou o funcionamento dos NAPS/CAPS (Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial). Na entrada do século XXI, as Portarias nº 189/02 (anexo I) e nº 336/02 (anexo II) trouxeram a possibilidade da reorientação do modelo com a regulamentação desse dispositivo como o organizador do sistema e seu regulador. Além disso, definem o seu financiamento com remunerações muito mais altas que as demais consultas de especialidades. Sendo assim, atualmente, os novos dispositivos possuem uma padronização de funcionamento e da estrutura de recursos humanos e materiais, os quais são pré-requisitos para o credenciamento no Ministério da Saúde, ou seja, determinantes para o repasse das verbas.

No entanto, a transformação de um modelo de assistência, conforme assinalado acima, ocorre de forma processual através de mudanças não apenas nas estruturas físicas dos serviços. O contexto de cada localidade, a história da assistência ou “des-assistência”

⁶ Em vários municípios, o Programa de Saúde Mental ainda não logrou implantar uma única orientação de modelo. Os Centros de Atenção Psicossocial, apesar de funcionarem na lógica da Atenção Psicossocial, convivem com um sistema paralelo de emissão de AIHs e com ambulatorios onde a única intervenção é a prescrição de psicotrópicos. Sendo assim, não se constituem numa rede assistencial e, como consequência, não é possível uma cobertura universal.

em Saúde Mental com seus modelos e teorias, a realidade socioeconômica e política são determinantes nas práticas encontradas.

Neste sentido, a partir da compreensão de que os "novos" serviços são produtos de um percurso da Reforma Psiquiátrica⁷, esta dissertação busca analisar as bases constitutivas e o processo de transformação do Modelo Assistencial em Saúde Mental no Brasil. Como forma de apreender as principais mudanças propostas, optamos por analisar duas experiências pioneiras no campo da Saúde Mental, as quais são referência na construção do Paradigma da Atenção Psicossocial – o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, e os Núcleos de Atenção Psicossocial, em Santos. Delimitamos o período principal do estudo ao início da implantação destes serviços no Brasil, por considerá-lo o momento crucial na elaboração do novo paradigma, o qual se constitui nas bases da contraposição ao modelo tradicional. Acreditamos que estas experiências constituíram um marco para a estruturação dos novos serviços.

O Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (CAPS) foi o primeiro inaugurado no Brasil, em 1987, com as características de um serviço de atenção em Saúde Mental. O atendimento era em regime diário, em horário integral (das 8 às 17h) e não se encontrava inserido em uma unidade de saúde tradicional ou em instalações anexas a um hospital psiquiátrico. Por sua vez, os Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos (NAPS), inaugurados em 1989, foram as primeiras unidades com as características acima cujo funcionamento se dava 24 horas por dia, e também nos feriados e finais de semana. Ambos se propunham à construção de uma assistência centrada nas necessidades do sujeito e a romper com o paradigma manicomial⁸.

Uma importante distinção que influenciou na escolha dessas experiências para o estudo foi o fato de que, apesar de se pautarem em um mesmo objetivo geral, possuíam especificidades, principalmente no que diz respeito ao seu papel na rede de saúde local. Esse aspecto se apresentava como uma discussão frutífera a ser abordada, já que a construção de uma rede assistencial é, na visão da autora, determinante para a consolidação deste modelo. Sendo assim, considerando-se a premissa de que uma das experiências se constituía em projeto piloto empreendido numa única unidade de saúde; e que a outra se

⁷ Para mais detalhes sobre este movimento, consultar Yasui (1999) e Amarante (1995).

⁸ Consideramos este como sendo pautado no racionalismo refletido na lógica problema-solução. Neste o objeto da psiquiatria é a doença mental e o local de intervenção o hospital psiquiátrico. É permeado por relações verticalizadas marcadas pela "autoridade" do poder médico.

apresentava como um programa composto por vários dispositivos, o impacto na transformação do modelo assistencial local era um ponto a ressaltar.

Entretanto, embora a situação pudesse ser apresentada como fator preditivo da menor abrangência de uma das experiências, no que se refere a suas contribuições ao Paradigma da Atenção Psicossocial, em relação à transformação do modelo, esta se configurou como uma das principais fontes de subsídios para a reorientação do modelo assistencial de diversos programas de Saúde Mental no país – principalmente se considerarmos a Região Sudeste⁹. Na implantação de muitos serviços, o CAPS de São Paulo e os NAPS de Santos foram campo de estágio para as novas equipes e seus coordenadores de programa.

Por fim, cabe destacar que esses serviços se estabeleceram também como referência para a elaboração da legislação. Sua denominação – Centro de Atenção Psicossocial e Núcleo de Atenção Psicossocial – foi adotada pelo Ministério da Saúde como a oficial deste modelo assistencial, através da Portaria nº 224/92, que regulamenta o procedimento (CAPS / NAPS). Em fevereiro de 2002, com a publicação da Portaria nº 336, alterou-se a denominação, que passou a ser apenas CAPS para as modalidades diurnas (I e II) e integral (III).

Na perspectiva do objetivo proposto com este estudo, acreditamos que para se analisar uma suposta transformação, é preciso ter clareza dos objetivos a serem alcançados. As influências dessas experiências, conforme exposto, se refletem nos projetos teóricos e nas práticas clínicas e organizacionais dos novos serviços. Sendo assim, a sistematização do processo de construção dos projetos estudados, bem como a apreensão de suas bases teóricas e práticas, são de grande relevância, principalmente no que se refere à instrumentalização das novas equipes e coordenadores, no sentido de um balizamento das principais intervenções. Este é o desafio deste trabalho.

No capítulo 2 descrevemos a metodologia utilizada neste estudo, caracterizamos o objeto da pesquisa, justificamos a escolha do campo e também descrevemos o processo de construção da análise.

Para melhor compreensão do processo de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, abordamos, no capítulo 3, a trajetória das representações do louco para a

⁹ Esta região é onde se concentra, atualmente, o maior número de Centros de Atenção Psicossocial, como será discutido mais adiante.

sociedade no decorrer da história, estabelecendo um paralelo entre essas concepções e o modelo assistencial preconizado. Neste percurso, realizamos uma descrição, a partir de Foucault (1999), das múltiplas visões da loucura e sua influência nas formas de a sociedade, em cada momento histórico, lidar com a questão. Desta forma, buscamos explicitar resumidamente a construção da trajetória de exclusão do louco até sua inserção no campo médico e conseqüente redução da loucura à doença mental. As internações adquirem um perfil médico-terapêutico e podemos considerar o asilamento o primeiro modelo assistencial constituído na Psiquiatria. Descrevemos os contextos político-sociais e os determinantes econômicos.

No segundo item do capítulo, apontamos os principais movimentos que surgiram como questionamento ao modelo hegemônico. Destacamos as principais características do processo e seu reflexo, no que dizia respeito a uma efetiva mudança de referenciais. São pontuadas as bases da clínica desenvolvida em cada movimento de reforma e a transposição para o âmbito das políticas de assistência em Saúde Mental observadas nos Estados onde aqueles se estabeleceram.

A última seção do capítulo 3 busca estabelecer as bases de um modelo pautado no Paradigma da Atenção Psicossocial. Utilizamos, como forma de organização, os pontos destacados por Costa Rosa (2000) como fundamentais na discussão desse paradigma.

Sendo assim, abordamos a mudança do objeto de intervenção, que é deslocado da doença mental para o sujeito em sofrimento e sua história de vida em relação com o corpo social. Além disso, as relações institucionais democratizadas e o papel de agente ativo no tratamento que o usuário assume neste modelo são fatores considerados constitutivos do processo de transformação. Outro fator apontado é a organização dos serviços e o leque de ações que este propõe, como o enfoque das atividades grupais, voltadas à reprodução social do sujeito.

As intervenções não se restringem ao espaço institucional, sendo a comunidade um local privilegiado no cuidado com o indivíduo. As noções de responsabilização pela demanda, inserção territorial, busca ativa da clientela, entre outros, são pressupostos discutidos como integrantes do arsenal dessa mudança de paradigma.

Por fim, caracterizamos neste novo paradigma o papel de mediação desenvolvido pela instituição no que se refere às trocas sociais do indivíduo e sua intervenção determinante no contexto da sociedade. Desta forma, o campo da Atenção Psicossocial é

percebido como um campo ainda em construção, pois a intervenção a ser implementada possui um referencial teórico, uma direção apontada, mas as ações não são (e não é desejado que sejam) padronizadas e os objetivos em relação à clientela variam caso a caso. Os saberes e as práticas se constituem a partir da experiência desenvolvida no cotidiano do processo de trabalho das equipes e estas são o mote impulsionador das experiências em curso.

O capítulo 4 inicia a análise das experiências do Centro de Atenção Psicossocial de São Paulo e dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos. Discute o processo político que envolvia o momento da elaboração dos projetos e também seus projetos de implantação. Apontamos que cada uma das experiências era subordinada a um diferente nível de gestão, ou seja, o CAPS era um órgão da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e os NAPS da gestão municipal de Santos. Desta forma, a articulação destes enquanto uma rede possuía especificidades que se refletiam na possibilidade de uma assistência integral, na cobertura e acessibilidade aos serviços, entre outras questões.

Além disso, o contexto da implantação, no que se refere ao momento da organização de serviços de Saúde Mental em cada local, apresentava quadros peculiares. Como exemplo, em uma das experiências, o contexto era de uma política de baixa prioridade da área, com a estruturação do projeto sendo fruto de uma mobilização dos profissionais, e outro no qual o poder público municipal, a partir da intervenção numa instituição psiquiátrica privada, com vistas a seu fechamento, desencadeou a construção de uma rede de dispositivos voltada para a reorientação do modelo.

Outra característica encontrada foi a diferenciação entre os projetos escritos no que diz respeito a sua tradução nas práticas implementadas. Tal distinção foi relacionada ao fato de um ter sido elaborado para a tramitação interna nos órgãos administrativos antes de iniciar seu funcionamento e, o outro, após um ano de funcionamento do serviço, num tom de manifesto afirmativo da consolidação de uma experiência. Por fim, discutimos os projetos em suas características, como a clientela-alvo, dinâmica de funcionamento, área de abrangência e projeto terapêutico.

No capítulo 5, partindo do pressuposto de que a construção do novo modelo se apresenta de forma processual, apenas uma análise estanque dos projetos de implantação não refletiria a complexidade dessas experiências. Sendo assim, o capítulo discute, a partir da produção escrita dos atores envolvidos na elaboração e implementação dessas experiências, os conceitos, as noções que embasavam a transformação do modelo proposto.

Analisa ainda as práticas desenvolvidas, com o objetivo de compreender sua lógica, advinda dos conceitos utilizados. Organizamos os temas por categorias, conforme descrito na metodologia. O objetivo foi agrupar os principais temas com vistas a uma sistematização que permitisse uma exposição mais didática.

Por fim, no sexto capítulo, buscamos realizar uma síntese das principais contribuições conceituais e práticas dessas experiências na transformação do modelo assistencial em Saúde Mental e como estas se configuram hoje em sinalizadores dos caminhos a serem percorridos pelos serviços e programas no processo de ruptura com o paradigma manicomial.

Nas considerações finais, abordamos a importância do aprofundamento das bases conceituais do Paradigma da Atenção Psicossocial, em seu matiz de apropriação pelas equipes e transposição para intervenções no cotidiano. À luz da legislação em Saúde Mental recente, apontamos para o risco de se produzir serviços que sejam reproduções burocráticas das regulamentações, perdendo de vista o referencial transformador que o processo de construção desse paradigma abarca.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

O objeto de pesquisa desta dissertação é a transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. Desta forma, seu objetivo é circunscrever as principais características de um processo em construção, que aqui definimos como sendo o Paradigma da Atenção Psicossocial, em contraposição ao modelo tradicional dos hospitais e ambulatórios psiquiátricos.

No contexto brasileiro, as políticas públicas apresentam uma dinâmica de maior ou menor abrangência, de acordo com a conjuntura política de cada localidade, ou melhor, não há uma perspectiva de ações que possamos considerar definitivas. As mudanças dos grupos políticos que assumem os governos em geral acarretam reformulações radicais das intervenções, o que pode significar avanços ou retrocessos.

Um processo de construção de políticas públicas de Saúde Mental que se proponha efetivamente a operar rupturas com o modelo tradicional constitui amplo desafio. A desconstrução do modelo hegemônico, paralelamente à construção de uma nova práxis, apenas é efetivada com ações contínuas e de longo prazo, já que implicam um conjunto de intervenções não restritas ao âmbito técnico, mas também político e cultural.

Sendo assim, partimos da avaliação de que é muito relevante o olhar sobre experiências que efetivamente podemos denominar como pioneiras na construção de um projeto de transformação do modelo assistencial. Estas, por mais de uma década, têm sido referências para o campo da Saúde Mental identificado com o Paradigma da Atenção Psicossocial e, desta forma, suas contribuições se configuram para além de um "modelo" de funcionamento. Os desafios encontrados, os obstáculos transpostos e sobretudo a lógica que norteia suas bases constitutivas permitem a observação do processo de transformação em suas nuances mais sutis.

A escolha do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo, e dos Núcleos de Atenção Psicossocial do município de Santos como campo de análise das bases do projeto de transformação da atenção em Saúde Mental se insere nas ponderações acima.

Apesar de estarem em contextos distintos, no que diz respeito à gestão administrativa e política, não podemos deixar de considerar que estas experiências foram implementadas na década de 80 num momento de intensa efervescência das lutas pelos

direitos democráticos: a aprovação da Constituição Federal, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira eleição presidencial com voto direto, a elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS). Deste modo, traziam em seu bojo a perspectiva da conquista de uma assistência pública de qualidade como um direito do cidadão.

Além desse aspecto, a implantação desses serviços (que, no caso de Santos, se constituía numa rede de cinco unidades, dentre outros dispositivos) representou para a política pública em Saúde Mental um campo de observação de um *modus operandi* e também um referencial para a organização de outros serviços. Isto se refletiu na adoção dos termos NAPS/CAPS como denominação oficial dos procedimentos desses tipos de equipamentos de atenção em saúde, em portarias do Ministério da Saúde a partir de 1991 (MS/SAS nº189/91), permanecendo até os dias atuais.

O CAPS de São Paulo e os NAPS de Santos são, reconhecidamente, no campo da Saúde Mental, experiências paradigmáticas. Ao estruturarem seus dispositivos de atenção diária, os projetos de implantação deixavam clara a proposta de um novo modelo assistencial. A definição de se constituírem como contraposição aos valores e a cultura do paradigma manicomial era o eixo norteador. Sua importância, sobretudo, advém do fato de serem as primeiras experiências desse tipo no Brasil. A organização de serviços, a estrutura de funcionamento, a concepção de funcionamento das equipes eram, na época, uma inovação no país (Amarante & Torres, 2001).

Passamos então a uma segunda consideração. Ao pensar em desenvolver um processo de reconhecimento das bases constitutivas dos novos serviços de Atenção Psicossocial, uma questão se colocava como determinante. Como estruturar a análise dos dispositivos nos quais um dos pressupostos fundamentais é o redesenhar permanente de suas práticas e a incorporação de novas teorias?

Talvez não tenhamos encontrado a resposta definitiva, mas optamos pelo raciocínio no qual toda experiência estabelece um percurso no qual seus atores deixam suas marcas e também são marcados por elas. A transformação do modelo assistencial em Saúde Mental não se constituiu a partir de uma elaboração teórica *a priori*. Partimos do pressuposto de que a estruturação destes ocorreu através das experiências no cotidiano dos serviços.

As experiências de Santos e de São Paulo geraram, principalmente por parte dos atores que participaram da elaboração dos projetos e os vivenciaram por longo tempo, uma extensa bibliografia, na qual podemos encontrar os relatos sobre esses processos.

Sobre o CAPS Luiz Cerqueira, foram analisadas as produções de Jairo Idel Goldberg, que, por mais de uma década, foi o coordenador do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira (Goldberg, 1998; 1992; 1989), a dissertação de mestrado e um artigo de Sílvio Yasui, psicólogo que integrou a equipe dessa unidade desde sua fundação (Yasui, 1999; 1989) e as produções de Ana Maria Fernandes Pitta sobre a unidade, na qual ocupou a função de supervisora por vários anos (Pitta, 1996; 1994).

Em relação ao programa de Santos, foram utilizadas as produções de Maria Fernanda Nicácio, que foi a coordenadora do primeiro NAPS e participava da coordenação de Saúde Mental do município (Nicácio, 1996; 1994; 1989), a dissertação de Sandra Chioro, psiquiatra da unidade que participou do processo de implantação do programa desde a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (Chioro, 1998), produções de Roberto Tykanori Kinoshita, coordenador do Programa de Saúde Mental de Santos no período de 1989 a 1996 (Kinoshita, 1996) e a dissertação de Mirna Yamazato Koda, pela relevância da discussão sobre a articulação das práticas do programa de Saúde Mental de Santos a partir da análise das práticas discursivas das equipes dos NAPS (Koda, 2002). Grande parte do material foi produzida durante a primeira década de funcionamento das unidades, o que nos apresenta uma visão panorâmica das principais características e seu delineamento processual.

O objetivo era, a partir do olhar dos atores envolvidos no processo, apreender os conceitos, as noções e as práticas utilizadas nessas experiências, buscando perceber também a forma como foram construídos.

Para defini-los, utilizamos a distinção entre conceitos e noção de Minayo (1999, p. 92):

“Os conceitos são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. (...) operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos dos fenômenos, hierarquizando-os”.

A mesma autora, referindo-se à noção, destaca:

“Por noção entendemos aqueles elementos de uma teoria que ainda não apresentam clareza suficiente e são usados como ‘imagens’ na explicação do real. Eles expressam também o caminho do pensamento. Ou seja, expressam a

relação intrínseca entre a experiência e o conhecimento” (Minayo, 1999, p. 93).

Desta forma, acreditamos ser possível compreender os caminhos teóricos, desenvolvidos pelas equipes, que determinaram as práticas implementadas no cotidiano da construção dos projetos. Estas práticas também foram descritas e consistem nas ações implementadas nos serviços estudados, tanto no que dizia respeito às modalidades de atendimento quanto às intervenções ligadas aos processos de discussão coletivos e inserção no âmbito territorial.

Para a análise dos textos, utilizamos a análise de conteúdos na sua modalidade de análise temática. Segundo Minayo (1999, p. 209), esse tipo de análise consiste:

“(...) em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. (...) qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso”.

A metodologia de análise obedece a uma divisão por categorias as quais consideramos relevantes no processo de compreensão da lógica que orientava as instituições. A escolha das categorias foi realizada após a leitura do material e sua organização por temas. Estes foram definidos a partir de duas considerações:

- a) a relevância da discussão na construção do modelo assistencial;
- b) a frequência com as quais eram descritos nos textos.

Inicialmente (capítulo 4), analisamos os projetos de implantação dos dois serviços em capítulo específico juntamente com a discussão do contexto político-institucional que permeou a fase de implantação e a imediatamente anterior a esta. Os projetos apresentam características particulares, tendo sido elaborados com objetivos distintos, seja tramitação administrativa ou afirmação de um novo paradigma. Desta forma, para melhor mapeamento da configuração dos serviços, foi necessário buscar outras produções bibliográficas que traduzissem com maior riqueza o processo.

No capítulo seguinte (5), foi realizada divisão por categorias empíricas dos temas a serem discutidos. A saber: clientela, pressupostos do modelo assistencial, espaço arquitetônico, cotidiano da atenção, equipe e clínica.

Esta categorização obedeceu aos critérios já descritos acima. Sendo assim, foram analisadas as seguintes categorias:

- 1- clientela – buscou demarcar o perfil da população-alvo a ser assistida. Neste item discutem-se os tipos de transtornos mentais de eleição para este tipo de tratamento; as noções referentes ao atendimento na crise etc.;
- 2- pressupostos do modelo assistencial – abrangem as principais noções e conceitos que embasam a proposta assistencial destes dispositivos. Visa ao mapeamento dos alicerces do novo paradigma, permitindo a análise de uma possível ruptura com o modelo hegemônico;
- 3- espaço arquitetônico – a partir do deslocamento da lógica de exclusão do usuário - observada no modelo hegemônico através do isolamento em hospitais psiquiátricos em locais ermos, do panótipo, da impessoalidade dos espaços de permanência – nesta categoria buscou-se delinear as características de acolhimento dos novos serviços e os recursos concretos e simbólicos, no que diz respeito à arquitetura, que os instrumentalizavam;
- 4- cotidiano da atenção – o funcionamento dos serviços é descrito e problematizado, buscando-se dialogar com as diferenças em relação ao modelo tradicional, sobretudo em relação aos recursos disponíveis, a responsabilidade sobre o usuário, o acesso ao atendimento e as atividades desenvolvidas;
- 5- equipe – buscou discutir as noções que embasavam o trabalho das equipes nestes serviços e sua forma de operacionalização;
- 6- clínica – destaca os principais conceitos e noções das intervenções clínicas nos serviços estudados. Detalha termos utilizados e caracteriza o marco teórico adotado por estes.

A organização do processo envolveu a aplicação dessa categorização em dois momentos. Inicialmente no material produzido sobre o CAPS Luiz Cerqueira e, no segundo momento, no material produzido sobre os NAPS santistas.

No capítulo 6 encerramos a análise selecionando as discussões mais relevantes em cada categoria selecionada, aglutinando os pontos de convergência e as especificidades de cada um dos serviços.

Como o objetivo desta dissertação é discutir as transformações do modelo assistencial em Saúde Mental, tínhamos a percepção inicial de que cada experiência se apresenta como um processo particular, apesar de possuir diretrizes e uma ideologia semelhante. Nesta perspectiva, a apreensão das contribuições de cada uma das experiências na elaboração deste novo modelo não pretendeu uma análise comparativa entre eles. Como pode ser observada no sexto capítulo, a conclusão deste percurso analítico foi a apresentação e a discussão do conjunto de estratégias, utilizadas pelas experiências, à luz dos subsídios oferecidos para o processo atual de construção do novo modelo assistencial.

3. O CAMPO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – a trajetória da construção de um novo paradigma em saúde mental

Ao discutirmos os novos dispositivos de assistência em Saúde Mental, é fundamental a reconstituição do papel social designado ao louco e sua implicação na clínica psiquiátrica no decorrer da história. O percurso da loucura até sua caracterização enquanto doença possui uma gama de descrições e pesquisas¹⁰. Entretanto, uma breve sistematização permite uma noção mais organizada das transformações do modelo assistencial em Saúde Mental e, desta forma, a compreensão da construção processual do que hoje denominamos "Paradigma da Atenção Psicossocial".

O questionamento da legitimidade da assistência centrada no hospital psiquiátrico e pautada na perspectiva de isolamento do diferente ganhou grande ênfase nos últimos vinte anos do século XX. A partir da II Guerra Mundial, diversos movimentos de "reforma" discutiram as práticas do hospital psiquiátrico. Entretanto, nem todos os movimentos questionavam seu papel como lugar de exercício de exclusão social.

As reformas propostas abrangiam desde mudanças no interior da instituição, com a transformação das relações e sua humanização, até uma reorientação do modelo, que passava a ser prioritariamente extra-hospitalar, mas ainda reprodutor dos saberes e práticas do modelo hegemônico. Desta forma, destacamos a importância do conhecimento da trajetória das visões da sociedade sobre a loucura, pois foi a partir delas que se estabeleceram as práticas no campo da Saúde Mental.

3.1. A loucura na história

Uma contribuição fundamental de reconstrução desta história é dada por Foucault no livro *A História da Loucura na Idade Clássica*. Nele o autor descreve em diversos momentos da História o lugar ocupado pelo louco na sociedade. Em cada período, várias noções sobre a loucura eram apresentadas, no entanto, a visão predominante definiria a forma de lidar com o louco. Sendo assim, iniciamos este capítulo com apresentando uma

¹⁰Para um aprofundamento da discussão: Amarante (1995); Birman (1978); Desviat (1999); Foucault (1994a); Pessotti (1996); Tundis *et al.* (2000); Portocarrero (2002).

pequena releitura de alguns pontos levantados por Foucault, os quais consideramos relevantes para a discussão que nos propusemos a realizar nesta dissertação.

Ao apontar para a loucura em sua experiência trágica¹¹, Foucault (1999) descreve o louco como sendo o portador da verdade, das revelações divinas. Podemos definir que nesse período a loucura não era inserida no âmbito do patológico. O louco, sobretudo, era um mensageiro, o portador das mensagens dos deuses, o profeta. Era respeitado e não perseguido. Durante a Idade Média, esse poder “revelador” passou a uma relação com a verdade em sua essência, caracterizando o louco como interlocutor das forças da natureza.

Até o século XVI, a loucura possuía *status* de existência nômade cuja representação advém, como destaca Amarante (1995), da “Nau dos Loucos e dos Insensatos.” Esta pintura de Bosh representava as viagens além-mar às quais eram submetidos os insanos, na busca de alívio do sofrimento. Para Foucault (1999, p. 27), essa nau, encarada por alguns como rostos furiosos denunciando o final dos tempos, simbolizava a visão trágica da loucura. Já apontando para a transição que iria se operar no lugar social ocupado pela loucura, descreve que, para outros, era o reflexo dos defeitos do homem.

Na Idade Média, os loucos eram colocados, pelo poder local, em grandes barcos para serem levados pelos marinheiros a outros portos. Este fato sinalizava para o estigma de “indesejado” do louco, e como consequência, a necessidade de sua exclusão. Essas intervenções perpetuavam uma existência errante. Nesse período, apenas os loucos reconhecidos enquanto originários da província onde se encontravam eram poupados. Muitos viajavam voluntariamente a lugares sagrados, com o objetivo de obter a cura de suas tormentas. Não havia um conceito de loucura enquanto doença mas, sim, como uma tormenta da alma, do espírito. Apesar desta visão, ainda não patológica, a solução encontrada pela sociedade da época era o afastamento daquele diferente.

A representação trágica da loucura se transformou durante o século XVII, principalmente a partir da segunda metade, passando a uma consciência crítica. O que Foucault (1999) define como uma consciência crítica¹² da loucura se traduz pela atribuição ao louco, inicialmente, do lugar da morte e depois o aprisionamento nas casas de

¹¹ Segundo Amarante (1995, p. 24), “a visão trágica permite que a loucura, inscrita no universo de diferença simbólica, adquira um lugar social reconhecido no universo da verdade”.

¹² Conforme descreve Machado (1988, p. 60), “o louco passa a ser alguém que toma o erro como verdade, a mentira como realidade, a feiúra como beleza, a violência como justiça. Loucura é presunção, ilusão, desregramento, irregularidade da conduta, defeito, falta, fraqueza”.

internamento. Amarante (1995, p.24) descreve: “(...) *a visão crítica organiza um lugar de encarceramento, morte e exclusão para o louco*”. O legado asilar da lepra foi imposto aos loucos quase dois séculos após através de seu asilamento nos “hospitais”.

Os hospitais gerais, cujo primeiro foi inaugurado em Paris, em 1656, aparentemente seriam destinados ao acolhimento dos pobres. Não havia uma conotação médica, de terapêutica embasada nos parâmetros médico-científicos. Quanto aos loucos internados, Amarante (1995, p. 24) destaca que “*a fronteira se estabelece a partir da razão ou não-razão sem a adoção de critérios patológicos*”.

Acrescentamos a descrição de Machado (1988, p.63):

“(...) na época clássica, as instituições que recebiam loucos, os critérios de internação, a designação de alguém como louco e sua conseqüente exclusão da sociedade não dependem de uma ciência médica, mas de uma 'percepção' do indivíduo como ser social; (...) a partir de critérios que dizem respeito não à medicina, mas à transgressão às leis da razão e da moralidade.”

É importante destacar que eram internados os loucos, as prostitutas, desempregados, deficientes, ou melhor, como pontua Nicácio (1992), todos aqueles incapacitados de tomar parte do mundo da produção, circulação e acumulação de riquezas.

A organização dos hospitais, como descreve Foucault (1999, p. 51), era de cumplicidade entre o poder real e a burguesia. Entretanto, a Igreja também transformou suas instituições, tendo inclusive criado congregações cujo objetivo era desempenhar funções análogas aos hospitais gerais.

A determinação da internação era realizada através das cartas régias, ordens judiciais, pedidos familiares. Os administradores desses locais possuíam cargos vitalícios, com amplos poderes para definir, entre os residentes da cidade, quem deveria ou não ser internado. Durante um século e meio, estas instituições e seus administradores desempenharam o papel de “normatizadores da conduta socialmente adequada”. Em nome dessas normas foram realizadas seqüestrões e arbitrariedades diversas com respaldo oficial.

Por toda a Europa são criadas instituições análogas – casas de correição na Inglaterra e Alemanha. Estas possuem a função ambígua de repressão para os pecados da ociosidade e da preguiça, ao mesmo tempo cumprindo em momentos de crise o papel de ocultar os miseráveis, os desempregados.

Nesse período surgia uma nova corrente de pensamento, que inaugurava o primado da razão: o Iluminismo. A ordem política, econômica e social da época se transformava e com isso os conceitos passavam a expressar a nova ordem, em que a pobreza não é mais valorizada¹³, mas sim um obstáculo a ser transposto. A redenção se daria pelo trabalho que adquiriu um estatuto de virtude. Sendo assim, justificava-se a manutenção da internação de indivíduos marginais ao *status quo* da época.

Cabe ressaltar que nos momentos político-econômicos em que não havia crise econômica, as casas de internamento assumiam o papel de fornecer mão-de-obra a baixo custo para produção sobretudo de manufatura. Deste modo se estabelecia um contraponto. Essas instituições, criadas para reprimir aqueles ociosos, acabavam por produzir uma concorrência desleal entre os preços das indústrias circunvizinhas, gerando mais pobres e desempregados. A estreita relação com as políticas econômicas e seus efeitos na sociedade estava nas bases do surgimento das casas de internamento. Durante os quase dois séculos de sua existência com este caráter, teria seu funcionamento balizado por essas políticas.

Esta política se manteve oficialmente até fins do século XVIII. O louco foi se distanciando do seu lugar de verdade para assumir um papel de morte, ausência de razão, aquele que não tem pensamento. A loucura foi incluída no rol dos internados, passando a ser identificada com a pobreza (reflexo de um castigo divino), com a incapacidade para o trabalho (a salvação pela virtude) e a impossibilidade do conviver no grupo (incapacidade de aceitação do pacto social estabelecido). Foi rotulada como um problema para a sociedade, necessitando ser afastada do mundo repleto de pecados, pois sua estrutura era muito frágil para a eles resistir.

Entretanto, a política de internamento oficial suscitava divergências desde o início do século, no que diz respeito à questão dos loucos. Estes tinham seu internamento questionado pelo risco que representavam ao contato com outras “categorias” internadas. Paralelamente, durante o século XVIII, mais precisamente alguns anos antes da Revolução Francesa, surgiu um movimento de cunho médico, em que era observado uma disputa da responsabilidade sobre a loucura. A nosografia da loucura começava a ser construída

¹³ A pobreza até então era encarada como uma designação divina e, sendo assim, uma forma de se alcançar a redenção dos pecados, o caminho do paraíso.

através de um processo de classificação mais apurado sem, no entanto, ser utilizada nas casas de internamento onde havia domínio da percepção asilar¹⁴.

É possível apontar para um período de “preparação” das reformas ocorridas imediatamente após a Revolução Francesa. Como citado anteriormente, o apelo para a separação dos loucos da população de criminosos, libertinos etc., já era um clamor reconhecido. O movimento emergente de classificação dos insensatos em seus variados quadros contribuiu para suscitar um temor da sociedade quanto ao aumento do número de insensatos e, como consequência, para a exigência de uma solução desta situação.

Em meados do século XVIII (Foucault, 1999, p. 382), abriram-se casas destinadas exclusivamente aos loucos. A discussão perpassava a possibilidade de uma intervenção resolutiva e, sendo assim, esta deveria ser tentada inicialmente (o Hotel Dieu, em Paris, era o local prioritário). Apenas nos insucessos o louco deveria ser levado para os grandes depósitos destinados aos sem esperança de cura (que foi a função cumprida principalmente por Bicêtre até o período inicial da Revolução Francesa).

Nos anos que precederam a Revolução Francesa, desenvolveu-se uma nova noção da pobreza, da assistência e da doença. A loucura se ergueu como uma entidade isolada, unida em sua essência ao internamento. A exclusão dentro da exclusão, se possuiu seu lado negativo, demonstrava um aspecto positivado, pois a mesma pôde falar de si, explicitar o seu não-enquadramento às regras impostas, principalmente diferenciando-se da massa amorfa de indigentes criada com a política de confinamento por dois séculos (Foucault, 1999, p. 379-415).

Devemos ressaltar que tal processo possuía determinante econômico. O novo enquadramento dos pobres e a concepção de assistência referida acima estavam ligados à necessidade de mão-de-obra que o período industrial demandava. A concepção de que o pobre era a condição de possibilidade da existência dos ricos foi fundamental neste repensar. Ou seja, a força de trabalho dos pobres válidos passava a ser considerada necessária para o progresso do país. Além disso, o custo da manutenção do internamento tornou-se um incômodo e, mesmo para os doentes, era menos custosa sua permanência aos cuidados de particulares (seja família ou amigos, com assistência clínica garantida pelo

¹⁴ Adotamos a caracterização feita por Foucault (1999), em que o autor define como percepção asilar as classificações construídas por aqueles que vivem o cotidiano do asilo não sendo necessariamente médicos. Na verdade, neste período não havia sequer anotações de cunho médico.

Estado). Essas redefinições tiveram implicações não só nos dispositivos criados como também no modo de a sociedade receber esses indivíduos.

Por outro lado, os ideais da Revolução Francesa, de fraternidade, igualdade e liberdade se chocavam com a política oficial de exclusão até então imposta. Não seria coerente discriminar cidadãos por sua condição social ou deficiências físicas. Ao final do século XVIII, teve início uma política de reinserção social daqueles que se encontravam nas casas de internamento. Uma política de suporte para os deficientes físicos em seus lares e empregos para os acusados de ociosidade. O enquadramento da loucura em um novo *status* se deu ao final deste século, quando foi decretada a liberação dos internos, exceto dos loucos e criminosos condenados.

Os posicionamentos já defendidos por Tuke e Pinel em meados do século XVIII encontraram respaldo na política oficializada na França, após a Declaração dos Direitos do Homem e dos Cidadãos e da Constituinte.

Na Inglaterra, a reorientação da assistência direcionava-se, no mesmo período, cada vez mais para a iniciativa privada, o que favoreceu as teorias desenvolvidas por Tuke, um *Quacker* que defendia a criação de instituições específicas para os loucos¹⁵. Este, o Retiro, construído em local bucólico onde era possível a vida sadia, o contato com a natureza e principalmente um resgate da vida simples, conduziria à cura da loucura.

Para Tuke e seus contemporâneos, a loucura não era produto da natureza ou do homem; a sociedade, com sua agitação, as incertezas e emoções levariam a um afastamento da natureza, da essência do homem, que não é outra senão a razão. Desta forma, a vida no campo permitiria um aplainamento da agitação e a reaproximação desta essência, da natureza do homem. De acordo com sua teoria, na loucura a razão ficaria adormecida, como consequência das agitações da vida urbana. O contato com a vida campestre, ar puro, passeios, jardinagem propiciariam a cura, através do retorno daquela razão que permaneceu intacta, mas inacessível durante o período de turbulência ao qual o homem vinha sendo submetido. Um retorno às origens, a pureza do mundo (Foucault, 1999, p. 467-470).

¹⁵ A constituição de casas específicas para o tratamento dos loucos era defendida por Tuke e se consolidou através das Sociedades de Amigos das quais era membro. Essas instituições eram mantidas por subscrições em que cada subscritor podia indicar um doente, o qual pagaria uma pensão reduzida. Funcionava como um sistema de seguros (Foucault, 1999).

Esse tipo de instituição propunha um modelo de assistência cujo objetivo era reproduzir relações fraternais paralelamente a uma rigidez de condutas e regras. Não era complacente, mas se propunha a uma ação justa (Foucault, 1999).

Quanto à obra de Pinel, a constituição do asilo enquanto local ideal para o tratamento da loucura foi possível, conforme expressa Foucault (1999, p. 467), devido “*à ambigüidade da situação dos loucos no momento da Revolução*”.

Entretanto, o lugar reservado ao louco por algum tempo permaneceu confuso. Não seria possível a sequestração de qualquer cidadão, sem uma justificativa jurídica. A construção da noção de irresponsabilidade e periculosidade constituiu-se na autorização dessas ações. O imaginário do furor e dos assassinatos familiares faziam parte dos temores da sociedade há muito. Sendo assim, a loucura se transformava em um risco, mas de modo peculiar, pois o insensato não era responsável por seus atos. O distúrbio de sua razão o impedia de seguir as regras estabelecidas pelo contrato social. Conseqüentemente, não seria adequado permitir que retornasse ao convívio dos cidadãos; não era um sujeito de direito sendo necessário a tutela.

Devemos considerar que, quando Pinel assumiu Bicêtre, em 1793, a instituição já se configurava enquanto o principal local de internamento dos insensatos. Havia uma grande ambigüidade na política direcionada aos loucos, o que acarretava condutas confusas e tentativas de solução pouco efetivas. Não havia locais oficialmente destinados a sua permanência, da mesma maneira que não estava constituído um saber com respaldo científico que justificasse a manutenção do louco internado. Por outro lado, o clamor popular de temor em relação aos estigmas que circundavam a loucura era responsável por grandes insatisfações.

A teoria defendida por Pinel surgia em um momento propício à nova ordem da época. Segundo Desviat (1999, p. 16) “*A nova ordem social exigia uma nova conceituação da loucura e, acima de tudo, de suas forma de atendimento*”. Além disso, o mito da libertação dos loucos de suas correntes foi determinante na constituição do imaginário social, no sentido de ser o asilo o local privilegiado de tratamento dos alienados¹⁶.

O tratamento moral preconizado por Pinel advinha de sua concepção que considerava a loucura um distúrbio da razão. O louco, denominado alienado mental, ainda

¹⁶ Ler mais sobre o tema em Foucault (1999, p. 471-475).

possuía uma subjetividade, uma parcela de razão mantida. As origens da alienação seriam: os vícios, a vida desregrada e a ociosidade. Sendo assim, a correção destes permitiria o acesso à razão e a cura da alienação mental. O diálogo entre o médico alienista e o doente seria através da ordem moral que o primeiro tinha por função estabelecer no asilo.

De acordo com Castel (1991), Pinel teve como principal mérito a articulação de três dimensões heterogêneas na síntese alienista. A classificação do espaço institucional, o arranjo nosográfico da doença mental e a relação de poder entre médico e doente.

O tratamento moral sustentava-se em três preceitos principais, que tornavam exequíveis as dimensões supracitadas: o isolamento do mundo externo; a organização do espaço asilar e manutenção de sua disciplina; e a submissão à autoridade. Todas as ações advindas desses pressupostos tinham como justificativa serem a forma de tratamento.

A concepção deque a loucura era um produto de relacionamentos promíscuos, paixões, vícios e outros desregramentos da vida mundana eram a justificativa para o isolamento. O sujeito, em sua fragilidade, não conseguia resistir a esses “prazeres”, sendo necessário para a cura um afastamento completo do meio onde vivia. Este método passou a ser considerado natural, pois era inerente à natureza da doença. O paradigma da internação inicia seu reinado com respaldo da ciência.

A organização do espaço asilar também deveria ser contemplado como forma de potencializar a cura. Sua organização implicava uma distribuição metódica dos insanos, a partir de seu quadro. Os furiosos, as loucas incuráveis, os mais tranquilos... As subdivisões seriam tantas quantas fossem as grandes síndromes comportamentais classificadas. Esta racionalidade é determinante na constituição da loucura enquanto doença.

O ordenamento desse espaço pressupunha a viabilidade da disciplina entre seus internos. Regras não mutáveis regiam a ocupação do tempo, a articulação dos lugares, o trabalho, enfim, tudo o que envolvia o cotidiano do doente. Desta forma, havia a necessidade de manter a vigilância ininterrupta visando à autodisciplina. A estrutura arquitetônica também fazia parte desse ordenamento. O panóptico foi adotado como estratégia, já que permitia a observação contínua de todos os espaços. Além deste controle externo, fomentava a internalização da sensação de estar sendo observado ininterruptamente, obrigando os internos a uma auto-vigilância de suas próprias condutas.

O terceiro preceito advinha da relação de autoridade que deveria ser estabelecida como forma de permitir o resgate da razão. A relação terapêutica se estabelecia a partir da

relação de soberania entre médico e doente. Um de seus aspectos era a fidelidade absoluta, que ultrapassava os limites de uma compreensão da necessidade de mudança do comportamento para ser um instrumento de imposição de uma vontade racional externa (Castel, 1991, p. 85-89).

O modelo de assistência centrado no asilo permaneceu por mais de um século como a principal forma de tratamento em psiquiatria. Apesar de ter sofrido inúmeras críticas, nenhuma questionava sua existência ou seu valor terapêutico. As colônias agrícolas foram uma vertente do mesmo pressuposto, com o diferencial de incluir o fator trabalho em um local bucólico, considerado um método mais eficaz na cura da enfermidade.

3. 2. Os movimentos de "reforma"

Como foi possível observar em nosso trajeto até o momento, as reformas na assistência em saúde mental transcorreram em momentos políticos ímpares, em que o louco é colocado em novo lugar social. Essas transformações se apresentam a partir de uma formulação teórica de noções e conceitos da psiquiatria enquanto ciência. Posteriormente, se traduzem em um modelo de assistência adotado como política pública, ou melhor, oficial. Neste contexto, o objetivo deste item é apresentar um resumo do processo de “reformas da psiquiatria” que tiveram lugar no período recente da história ocidental. Sendo assim, podemos localizar um momento de nova ebulição de conceitos, noções e modelos na Segunda Guerra Mundial.

Um dos primeiros movimentos de questionamento da assistência psiquiátrica hegemônica foi o da psicoterapia institucional. Defendia que o hospital psiquiátrico era o espaço terapêutico privilegiado, se resolvidas suas características doentias. Desta forma, pressupunha o questionamento permanente das relações intra-hospitalares. A repressão e violência reproduzidas em seu interior, o caráter de segregação e o poder médico eram combatidos como forma de transformar o espaço hospitalar em local competente para condução da cura. De acordo com Desviat (1999, p. 25) a psicoterapia institucional era o fundamento teórico adotado pela política de setor francesa, sendo influenciada pela psicanálise.

Esse movimento iniciou-se a partir da inserção de François Tosquelles no Hospital de Saint Alban, na França, durante a Segunda Guerra Mundial. De acordo com Amarante (1995, p. 34) *“Tosquelles acreditava que, num hospital reformado, eficiente, dedicado à*

terapêutica, a cura da doença mental pode ser alcançada, e o doente, devolvido à sociedade.” Para Tosquelles, a instituição doentia não seria capaz de ser terapêutica, sendo assim a terapia se voltava para a instituição, utilizando como suporte teórico a psicanálise.

A grande crítica a este processo se deve ao trabalho prioritariamente asilar. A função social estabelecida para o asilo e seus técnicos não fazia parte das discussões. Apesar dos questionamentos dos papéis de cada ator institucional e da busca de uma transformação, a construção de uma estrutura exterior de suporte não estava em pauta. O modelo assistencial permanecia hospitalocêntrico e a internação o principal instrumento de tratamento. Desviat (1999, p. 25) considera este movimento *“a tentativa mais rigorosa de salvamento do manicômio”*.

Nesta vertente de reformulação do espaço asilar, encontramos também o movimento da comunidade terapêutica. Este surgindo na Inglaterra e consagrado como experiência por Maxwell Jones, em 1959. A comunidade terapêutica se caracteriza segundo Amarante (1995, p. 29) por

“um processo de reformas institucionais, predominantemente restritas ao hospital psiquiátrico, e marcadas pela adoção de medidas administrativas democráticas, participativas e coletivas, objetivando a transformação da dinâmica institucional asilar”.

Tal experiência estabelecia uma relação de troca horizontalizada entre todos aqueles inseridos na instituição. A terapêutica, bem como o funcionamento cotidiano, era uma construção coletiva. Os espaços de discussão diários com assembleias gerais e reuniões por setores definiam todo o andamento das unidades.

Apesar de não questionar a necessidade do hospital psiquiátrico, a comunidade terapêutica vislumbrava a possibilidade de alguns doentes mentais serem tratados em locais fora do manicômio. Como pressupostos deste tipo de intervenção, observamos a reabilitação ativa, a democratização, a permissividade em contraponto às regras ortopédicas e o comunalismo, em que o médico não seria mais o detentor único da conduta terapêutica. No entanto, esta experiência não questionava a função social de exclusão que o manicômio cumpria para a sociedade no sentido da desconstrução de seu papel.

Dentre as principais críticas a este modelo estão as premissas estabelecidas dentro do hospital, não condizentes com a realidade externa, ou seja, não seria possível sua reprodução no local real de convívio, a comunidade. A crítica considerava que as

transformações internas ocorreram através de atores comprometidos *a priori*, os quais se abstiveram do exercício do poder em busca de outra ética, sobretudo, tal relação de forças não é o que se encontra na sociedade. Como consequência, não havia preocupação em instrumentalizar os sujeitos para o embate no mundo externo. Ainda se mantém o modelo assistencial hospitalocêntrico, que, apesar da reformulação de técnicas, não realiza uma ruptura efetiva com os saberes consagrados pela psiquiatria. É também considerado um movimento de reforma do manicômio.

Dentre as transformações no modelo assistencial em saúde mental, é importante destacar as mudanças do modelo inglês cujo processo delineamos a seguir.

A Segunda Guerra Mundial foi um marco na reformulação das políticas de bem-estar social e consequentemente de saúde em diversos países europeus. Na Inglaterra, em 1942, a publicação do *Relatório Beveridge*, com propostas de enfrentamento das dificuldades sociais atravessadas e a promulgação da lei que estabelecia o Serviço Nacional de Saúde, em 1948, criaram as bases, no campo da saúde, de uma política de bem-estar social. Neste processo foi criada, em 1954, uma comissão para análise da legislação referente aos transtornos e retardos mentais, que culminou com a instituição do *Mental Health Act*, em 1959, o qual preconizava o tratamento dos doentes mentais do mesmo modo que os outros pacientes. Não haveria restrição de direitos ou de competência legal. Foi estimulada a criação de enfermarias em hospitais gerais como também hospitais-dia (Desviat, 1999, p. 36).

Segundo Desviat (1999), o objetivo primeiro do governo inglês não era o fechamento do hospital psiquiátrico, mas a criação de uma estrutura de suporte extra-hospitalar. Na reformulação do Sistema Nacional de Saúde e dos serviços sociais da década de 70, o planejamento visava a uma intervenção de caráter distrital. A criação de residências terapêuticas e unidades-dia regionais foram determinantes no suporte aos pacientes egressos dos hospitais. Havia uma articulação com os médicos de família e a ênfase estava na continuidade da assistência, a qual era garantida pelo médico generalista. A assistência ocorria 24 horas por dia em caso de urgência, quando o médico especialista era acionado. O planejamento das ações proposto nesse modelo visava à equidade da atenção e principalmente uma priorização de programas de atendimento parcial e nos serviços residenciais locais (Desviat, 1999, p. 37).

Na França, após a desocupação nazista ao final da Segunda Guerra (1945-1947), um movimento de transformação da assistência se iniciou a partir das discussões da necessidade de uma nova psiquiatria. Segundo Desviat (1999, p. 27-28):

”Ante a desinstitucionalização anglo-saxônica, o movimento de reforma da psiquiatria francesa buscou formas terapêuticas de institucionalização: reinvenção, revolução permanente do estabelecimento psiquiátrico e criação de novas instituições intermediárias, extra-hospitalares, setorizando o território”.

A psiquiatria de setor surgiu como uma proposta de modificação da postura da sociedade em relação à doença mental. Estabelecia uma ação de saúde pública, com uma organização de serviços voltada para a territorialização e que buscava garantir o acesso universal (Desviat, 1999, p. 27).

Segundo Fleming *apud* Amarante (1995, p. 37), nesse período surgiu uma grande insatisfação com os custos da internação psiquiátrica. O dispositivo asilar não mais respondia às questões demandadas como seu papel social. Neste sentido, a busca de alternativas mais eficazes e menos onerosas culminou com a adoção da proposta do setor como política oficial.

Nessa experiência, o hospital caracterizava-se como um local de passagem e o tratamento deveria ser realizado na comunidade. Era uma tentativa de estruturar um serviço público com acesso universal. Dentre suas premissas estavam: a manutenção do doente em sua comunidade durante o tratamento; a não-ruptura dos vínculos afetivos, bem como da relação estreita com a equipe de saúde mental local. Neste sistema, adotado oficialmente na França em 1960, havia uma subdivisão por setores (áreas geográficas delimitadas) nos quais se encontrava a equipe de Saúde Mental¹⁷ responsável por todos os doentes daquela comunidade. Havia um hospital geral de referência cujas enfermarias também possuíam uma subdivisão por setor (Desviat, 1999).

As equipes eram responsáveis pelo acompanhamento em todo o percurso. Em cada setor havia recursos extra-hospitalares que eram priorizados. Ações de prevenção e acompanhamento eram o cerne prioritário.

¹⁷ Essas equipes eram compostas por psicólogo, psiquiatra, assistente social e enfermeiro. Cada equipe tinha como responsabilidade um setor, cuja população era de aproximadamente 70 mil habitantes.

Segundo Amarante (1995, p. 37) os motivos para esta experiência não ter alcançado os resultados esperados são vários. A resistência de setores conservadores em relação à reinserção do louco na sociedade, resgatando a imagem dos loucos vagando pelas ruas, e o questionamento de setores da intelectualidade em relação à abrangência da psiquiatria, ou melhor, do caráter normatizador que a especialidade representa e o risco deste tipo de difusão, eram fatores citados. Entretanto, o autor refere como provavelmente o fator mais importante, os custos da implantação de serviços pós-cura e das ações de prevenção.

Apesar dos resultados, a psiquiatria de setor efetivamente se propôs a uma transformação do modelo assistencial. A mudança do enfoque prioritário do hospital para a comunidade, mesmo considerando o hospital como um dos dispositivos disponíveis, sinaliza para uma transformação dos instrumentos e técnicas utilizadas.

Obviamente não há uma ruptura com o modelo anterior, já que a doença permanece como o objeto. Entretanto, podemos perceber uma diferenciação de enfoques. Dentro da perspectiva de uma assistência comunitária, com uma intervenção centrada na prevenção e promoção da saúde mental, outra referência importante é a psiquiatria preventiva ou comunitária nos EUA.

A experiência surge num momento muito conturbado do contexto político americano: o movimento *beatnik*, o aumento do consumo de drogas, a Guerra do Vietnã. O preventivismo surgia incorporando noções além dos conceitos médicos. Incluía conceitos de sociologia e da psicologia behaviorista. Constituiu-se permeado por um imaginário em que a doença mental pode ser prevenida – existem indivíduos suspeitos que podem ser detectados precocemente. No bojo desta concepção, estava a possibilidade de resolução dos desvios sociais através de uma ação preventiva (Amarante, 1995).

A experiência é adotada como política oficial americana em 1963, tendo como marco fundamental o discurso do presidente Kennedy no Congresso Americano, após censo realizado em 1955, o qual explicita as péssimas condições da assistência psiquiátrica nos EUA e embasados nos conceitos de Gerald Caplan.

Esse autor publicou em 1962 um livro denominado *Os princípios da psiquiatria preventiva*, no qual descrevia os conceitos utilizados como embasamento teórico da Psiquiatria Preventiva. A hierarquização da assistência com ações dos profissionais de saúde mental nos três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário); os conceitos de prevenção, risco e população de risco, são alguns dos pilares desta

experiência. Preconizava um atendimento não restrito ao doente mental, defendendo que a atenção deveria perpassar as instituições de convívio (escola, asilo, centro de trabalho) com vistas a transformar os fatores de risco existentes nestes locais, prevenindo o desencadeamento do distúrbio mental. O hospital psiquiátrico não seria mais necessário, pois a intervenção primária impediria o desenvolvimento da doença.

De acordo com Amarante (1995, p. 41) essa experiência se propunha:

“(...) como 'alternativa' ao modelo clássico, pois possuía um novo objeto: a saúde mental; um novo objetivo: a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento: a coletividade; um novo agente profissional: as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento: a comunidade (...).”

Nesta perspectiva, segundo Birmam e Costa (1994) a estrutura de organização da atenção preconizava uma hierarquia com:

prevenção primária, visando a ações de detecção de condições facilitadoras do desencadeamento da doença mental buscando uma intervenção sobre estas;

prevenção secundária, buscando uma detecção diagnóstica e tratamento precoces com o objetivo de redução da duração do Transtorno Mental;

prevenção terciária, cuja ação é na readaptação do sujeito a vida social.

Para implementar essas ações, foram criados serviços comunitários, os Centros de Saúde Mental. Nestes eram realizados todas as etapas discutidas acima. A acessibilidade, a informação adequada à população sobre os programas em andamento, a gratuidade e disponibilidade eram os princípios norteadores destes serviços. Em 1955, existiam nos EUA 600 mil leitos psiquiátricos. Em 1990, estes haviam sido reduzidos para 120 mil. A alternativa comunitária foi incorporada efetivamente como o eixo condutor do modelo de assistência em Saúde Mental americano (Desviat, 1999, p. 58).

Entretanto, a realidade dos EUA, no que se refere ao bem-estar social, caminha na contramão das políticas oficiais para a assistência em saúde mental. A inexistência de um Sistema Nacional de Saúde de características universalizantes, a exclusão de significativa parcela da população do sistema de seguro saúde¹⁸ e a precariedade das políticas de suporte

¹⁸ Nos EUA, apenas os contribuintes são absorvidos pelo sistema de saúde, que funciona com cobertura de seguros saúde. Para as populações desassistidas existem dois programas. O Medicare, destinado à população de idosos e inválidos., mas que não oferece uma cobertura plena. O segundo programa, o Medicaid, é a

social levaram a um impasse. As críticas feitas em relação à geração de um contingente de população de desassistidos oriundos dos hospitais psiquiátrico demonstram a dimensão do problema. A psiquiatria preventiva americana restringiu a discussão da desinstitucionalização a um sinônimo de desospitalização, não ampliando as ações em relação ao direito ao trabalho, à moradia ou mesmo ao estabelecimento de laços de solidariedade na comunidade onde se insere o louco.

A ênfase preventivista da experiência demonstra seu viés normatizador através dos métodos utilizados. Um rastreamento (*screening*) da população por questionário foi uma das principais ações da atenção primária. Os critérios elaborados indicariam o risco dos indivíduos avaliados de apresentarem doença mental. O objetivo era evitar sua manifestação, já que nessa concepção preventivista havia um agente causal que deveria ser combatido. Havia um marcante controle normatizador no programa observado, sobretudo através dos encaminhamentos ao psiquiatra, os quais poderiam ser realizados por qualquer pessoa baseado na suspeita de um comportamento desviante.

Apesar da reorientação da ênfase assistencial, a psiquiatria comunitária/preventiva americana não questionava o modelo racionalista que embasava as práticas exercidas no manicômio. O papel normatizador da psiquiatria mantinha-se na ordem do dia, apresentado de modo mais atraente, já que incorporava o discurso em voga nas décadas de 60 e 70.

A Antipsiquiatria foi o primeiro movimento que procurava romper, no âmbito teórico, com o modelo assistencial em saúde mental vigente, questionando a Psiquiatria em seus saberes e práticas, a saber: o paradigma biomédico e o hospital psiquiátrico como lugar de tratamento da doença mental.

“Suas referências culturais abarcam a fenomenologia, o existencialismo, a obra de Michel Foucault, determinadas correntes da sociologia e psiquiatria norte-americanas e em outro nível a psicanálise e o marxismo” (Amarante, 1995, p. 45).

Surgido na Inglaterra, teve como seus principais formuladores Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson. As elaborações teóricas desse movimento podem ser aprofundadas no livro de David Cooper, *Psiquiatria e antipsiquiatria*. O contexto de seu

surgimento foi a década de 60 e os movimentos da contracultura, como o pacifismo, os *hippies*, o misticismo, entre outros (Amarante, 1995).

Desta forma, inseria-se em um momento de intenso questionamento do *status quo*, que se refletia de forma marcante em seus postulados. Sua crítica incluía as condições da sociedade e a naturalização da loucura como doença mental. Esta, considerada como uma reação à violência externa, não deveria estar inserida no leque do que era considerado patológico.

A proposta de intervenção não era centrada no sujeito, ou seja, no louco, mas nas condições da sociedade. Propunham uma ação não-medicamentosa e o questionamento da ordem social e familiar normatizadora dos indivíduos. Amarante (1995, p. 47) expõe a formulação de Laing sobre a loucura:

“A loucura é um fato social, político e até mesmo uma experiência positiva de libertação (...) O louco é, portanto, uma vítima da alienação geral tida como norma, e é segregado por contestar ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica (...)”.

A intervenção terapêutica ocorria através de um processo denominado metanóia que consistia em valorizar o discurso delirante através do uso do psicodrama ou da regressão. Por sua vez o lugar do tratamento eram os centros comunitários espalhados pelo país. A experiência mais importante foi a “Vila 21” em um hospital psiquiátrico em Londres (Amarante, 1995).

Desviat (1999, p. 41) aponta para uma problematização do caráter contracultural desse movimento que o excluía como uma reforma psiquiátrica. Destaca o fato de ser mantido na marginalidade do sistema de saúde inglês e seu posicionamento, ao questionar tanto a psiquiatria quanto a doença mental.

Por fim, como a principal experiência de transformação do modelo assistencial em saúde mental dentre as reformas que tiveram curso na década de 60/70, o movimento da Psiquiatria Democrática Italiana surge no início da década de 60 com a intervenção no manicômio de Gorizia. Esse processo se consolidou apenas na década de 70, com o projeto

de transformação do modelo assistencial desenvolvido na cidade de Trieste. Entre os principais expoentes, citamos Franco Basaglia, Franco Rottelli e Giuseppe dell'Acqua¹⁹.

Na elaboração teórica dessa reforma, estava a proposta de uma ruptura com a cultura psiquiátrica e o modelo manicomial hegemônico. Sua crítica surge no sentido da negação do manicômio como espaço de tratamento e da doença mental como objeto de intervenção. Desta forma, a mudança de paradigma se expressava no deslocamento do objeto do conhecimento, que passa a ser o indivíduo, ou melhor, o sujeito em sua complexidade.

A principal bandeira do movimento, a desinstitucionalização, apontava para uma intervenção paralela no universo clínico e da sociedade, a partir da desconstrução do manicômio. Através do questionamento do saber médico e do mandato social de exclusão da Psiquiatria, buscava construir uma nova práxis na Saúde Mental. A ação se traduzia, no que diz respeito à organização de serviços, numa desospitalização com o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede de serviços inseridos no território. De acordo com Amarante (1995, p. 51):

“A tradição basagliana é um movimento político: traz a polis e a organização das relações econômicas e sociais ao lugar de centralidade e atribui aos movimentos sociais um lugar nuclear, enquanto atores sociais concretos, no confronto com o cenário institucional que, simplesmente, perpetuam/consomem ou questionam/reinventam.”

A experiência rompia com os conceitos advindos do paradigma racionalista²⁰, introduzindo uma nova forma de lidar com a loucura. A rede de serviços territoriais construída em Trieste desenvolveu uma lógica centrada nos direitos do sujeito e a noção de que o dispositivo terapêutico tinha como principal papel se estabelecer como um elemento mediador das relações daquele com a comunidade, com vistas à emancipação e à reprodução social.

¹⁹ Sugerimos, para maior detalhamento a leitura de Barros (1994); Amarante (1995 e 1996); Basaglia (1985); Rotelli *et.al.* (2001), entre outros.

²⁰ Utilizamos a conceituação de Rotelli *et al.* (2001, p. 26) que define o paradigma racionalista no que se aplica à medicina como: *“a terapia entendida como (...) um sistema organizado de teoria, normas, prestações. (...) um sistema de ação que intervém em relação a um problema dado (a doença) para perseguir uma solução racional, tendencialmente ótima (a cura)”*.

3.3. A construção do paradigma psicossocial

A partir do breve resgate realizado, introduzimos a discussão da construção do paradigma da Atenção Psicossocial. Este se constituiu através de experiências surgidas no processo de negação do paradigma manicomial, e a partir da necessidade de se propor uma forma diferenciada de lidar com a loucura. Como uma importante distinção de vários dos processos discutidos no item anterior, se coloca com uma clara concepção de contraposição ao modelo centrado no hospital psiquiátrico, sobretudo no que se refere a seus saberes e práticas.

A noção da atenção psicossocial abarca uma abordagem mais ampla de cuidado em saúde mental. É atravessada por diferentes disciplinas do conhecimento e, nos dias atuais, a inclusão do ator "usuário" nesse cenário tem significado importantes mudanças em sua orientação.

Desta forma, ao discutirmos a transformação do modelo, nos deparamos com uma mudança de referenciais não apenas no que diz respeito à ação técnica. Engloba a perspectiva de uma intervenção no sentido de desconstrução de valores e envolve múltiplos atores. Na elaboração de um *modus operandi* que pressupõe uma ressignificação de papéis, principalmente no que se refere ao engessamento das especialidades profissionais em funções cristalizadas, a rediscussão do papel social do saber técnico é um tema prioritário.

Em seu último relatório sobre a *Saúde Mental no Mundo*, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) referenciava como um dos objetivos a serem atingidos, a construção de um processo de desinstitucionalização²¹. Este termo, ressignificado pela Psiquiatria Democrática Italiana, constituiu seu marco teórico referencial e traduzia de forma abrangente a concepção do tipo de transformação a ser operada.

Para a OMS, essa noção implica não apenas a desospitalização mas a perspectiva da construção de uma rede de serviços alternativos. Consideramos esta definição elucidativa em relação ao planejamento técnico-administrativo. No entanto, acreditamos ser mais adequada para nosso objetivo de contextualizar a dimensão da tarefa de construção de um modelo assistencial embasado na noção da Atenção Psicossocial, a conceituação de

²¹ A expressão desinstitucionalização foi cunhada inicialmente nos EUA, no bojo do projeto preventivista, no qual era compreendido como sinônimo de desospitalização (Amarante, 1995, p. 43).

Desinstitucionalização utilizada por Rotelli (2001b), em que caracteriza a mesma enquanto um processo social complexo²².

Neste sentido, o novo modelo envolve não apenas as reformulações da ação técnica e da organização de serviços, mas também a discussão das relações de poder institucionais e sociais visando ao estabelecimento de um novo contrato com a loucura.

Costa-Rosa (2000), no que denomina "modo psicossocial" considera como base de sua constituição a contraposição ao modelo asilar, ou melhor, a construção de uma forma de operar na assistência em saúde mental que necessariamente utilize novos parâmetros, os quais rompem com os saberes e práticas até então instituídos. Sendo assim, preconiza um modelo o qual, por sua pertinência, possa prescindir do anterior. Destaca como fundamentais indicadores de análise os seguintes aspectos:

“a) constituição do ‘objeto’ e dos ‘meios de trabalho’, que dizem respeito às concepções de saúde-doença-cura e concepções dos meios e instrumentos do seu manuseio (...);

b) formas da organização do dispositivo institucional;

c) formas do relacionamento com a clientela;

d) formas de seus efeitos típicos em termos terapêuticos e éticos” (Costa-Rosa, 2000, p. 152-153).

Como forma de organizar uma descrição objetiva dos constituintes do que consideramos paradigma da Atenção Psicossocial, optamos por uma sistematização dos aspectos apontados como premissas básicas, assumindo os riscos de um certo reducionismo.

Uma das concepções que permitiram uma radical reorientação da forma de lidar com o portador de transtornos mentais foi o reconhecimento deste enquanto sujeito que possuía história de vida e desejos. De modo diferenciado do paradigma hegemônico, o louco não é mais reduzido à sua doença, a qual passa a ser considerada uma das dimensões de sua existência, mas não como o seu todo.

²² Rotelli (2001b, p. 29) sintetiza como um processo de desinstitucionalização: “(...) um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. (...) a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento”.

Esta noção desloca o louco da condição de "doente mental" e, como consequência, pressupõe uma intervenção em que o foco principal não é a remissão sintomatológica. Deste modo, a ênfase no sujeito traz em seu bojo diversos aspectos da problemática do seu cotidiano, gerando a demanda por uma assistência que ultrapasse os limites do serviço. Para além das questões de saúde, a dimensão social se insere na agenda do novo paradigma.

Um outro aspecto determinante é a forma de operacionalização dessa transformação. No que diz respeito às técnicas utilizadas, estas não são voltadas para a relação particular médico-paciente. A inserção das atividades coletivas com ênfase em grupos e oficinas terapêuticas inaugura a possibilidade do estabelecimento das trocas entre os sujeitos com vistas à transposição dessa capacidade para seu meio externo. Deste modo, a intervenção do técnico²³ busca mediar as relações do sujeito com o outro e assim permitir a ampliação de sua contratualidade social.

As ações não se reduzem ao espaço da instituição, apesar de esta assumir função de continente para o sujeito em tratamento. Se, por um lado, a necessidade de proteção está contida na estratégia terapêutica, esta não se traduz numa noção de incapacidade do indivíduo, o que reorienta o movimento da instituição em relação a este.

A continência institucional é efetivada no sentido de reinserção do paciente no contexto social e da construção de uma rede. Segundo Delgado (1999, p. 119), "*as redes são sociais, culturais, simbólicas, mercantis, raciais, espaciais, temporais; são também projeções da subjetividade*".

Sendo assim, o paradigma da atenção psicossocial se apresenta como permeado pela necessidade de inter-relação do sujeito com os espaços e personagens que constituem seus referenciais os quais permitem o suporte para a construção de seu projeto de vida.

A equipe se apresenta como veículo de potencialização de um movimento centrífugo. Sendo assim, a prática pressupõe a utilização do território como lugar ótimo de atuação. Delgado (1999, p. 117) postula em relação ao cuidado psicossocial que "*o serviço só será possível se puder dar uso prático ao conceito de território*" e complementa (1999, p. 117):

²³ Este não restrito uma única categoria profissional. A prática interdisciplinar é um pressuposto que complexifica as intervenções no que diz respeito à horizontalização das relações.

“o território não é (apenas) o bairro de domicílio do sujeito, mas o conjunto referências socioculturais e econômicas que desenham a moldura de seu cotidiano, de seu projeto de vida, de sua inserção no mundo.”

Aparentemente como um paradoxo, este movimento *para fora* implica aumento da participação do usuário na dinâmica institucional, no entanto, não mais como consumidor passivo, mas ressignificado como agente de seu processo.

Essa relação com o usuário também se reflete na dinâmica das relações entre os membros da equipe. Os profissionais passam a fazer parte da construção do desenho institucional. As relações horizontalizadas predisõem a democratização das relações. O paradigma biomédico é colocado em xeque e com este as funções cristalizadas. Neste paradigma, com múltiplas intervenções, a execução das tarefas se dá a partir do vínculo terapêutico e a partir de um olhar individualizado para cada história. Busca-se o rompimento com o modelo de funções hierarquizadas e respostas padronizadas.

Ainda nesta discussão, é determinante a perspectiva de construção de um olhar multifacetado sobre o sujeito em sofrimento. Este olhar não mais consolidado a partir de uma linha de montagem entre as especialidades, mas considerando os diversos saberes, na tentativa de constituir algo da ordem do coletivo.

Por fim, a construção do novo paradigma não aconteceu de modo abrupto, através da elaboração de uma “receita” onde constavam os seus principais ingredientes. As práticas adotadas também não dizem respeito a uma proposição fechada, imutável na forma de operacionalizá-lo. Algumas contribuições das experiências anteriores de “reformas” do modelo foram incorporadas, como as relações mais democráticas e as assembléias das comunidades terapêuticas, o contínuo discutir das relações institucionais da psicoterapia institucional. No entanto, a grande influência no que se refere ao modelo assistencial diz respeito à Psiquiatria Democrática Italiana. As concepções de organização de serviços e as noções de territorialização, tomada de responsabilidade e os questionamentos do mandato social da Psiquiatria são conceitos utilizados hoje em diversos serviços e programas de saúde mental.

No Brasil, o início dessa trajetória se deu a partir da década de 80, com a implantação do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira e dos Núcleos de Atenção Psicossocial em Santos. Entretanto, ambos se constituíram como fruto de um processo de mobilizações nos anos anteriores que envolveram questionamentos de conceitos instituídos e a

construção de novos referenciais, tanto no que dizia respeito ao campo da Saúde Mental quanto ao contexto político social mais geral.

Nas décadas posteriores e, principalmente, a partir deste século, o paradigma da Atenção Psicossocial vem ampliando sua abrangência na sua instituição como referencial teórico predominante do modelo assistencial em Saúde Mental brasileiro. Hoje já constitui as bases da política pública oficial mas, apesar dos avanços, permanece como um campo aberto as reinvenções.

Ao tentar pontuar algumas diretrizes do paradigma da Atenção Psicossocial, a impressão ao final é que sempre estará faltando alguma coisa. No entanto, é esta contínua falta que traduz seu movimento de desconstrução e reconstrução. A trajetória desse paradigma se coloca como desafio permanente. No cotidiano dos serviços, as diferentes situações que se apresentam são o campo fértil da elaboração de novas premissas e de constatação da insuficiência das atuais. Sendo assim, esperamos ter conseguido apontar o horizonte mas nos reportamos a um conto de nosso folclore, chamado Vitória Régia, na tentativa de trazer a dimensão dessa tarefa para o campo das imagens: *“(...) o índio, apaixonado, um dia chega na beira do lago à noite e a vê. No meio do lago, perfeita, reluzente... sem duvidar mergulha ao encontro de sua amada... a lua.”*

Podemos ter a clareza da complexidade da tarefa de ruptura com o paradigma manicomial. No entanto, tentar delimitar o paradigma da Atenção Psicossocial num "modelo" nos faria nadar ao encontro da lua.

4. OS NOVOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL – a elaboração de um percurso

Conforme já discutimos nos capítulos anteriores, a perspectiva de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental foi construída a partir de questionamentos surgidos não apenas em relação à organização dos serviços historicamente adotados como hegemônicos no tratamento psiquiátrico mas, principalmente, como uma contraposição ao saber racionalista cartesiano. Ou seja, questionava o objeto da psiquiatria como sendo a doença mental, em detrimento do olhar sobre o sujeito e sua história.

O modelo centrado no hospital psiquiátrico foi, por duzentos anos, a política de eleição para tratar os portadores de transtornos mentais. Até a segunda metade do século XX, não havia uma proposta de transformação que efetivamente rompesse com a lógica deste modelo. O saber instituído que permeava o imaginário social delegava ao louco em nossa cultura um lugar de inferioridade. Sendo assim, podemos concluir que o caráter científico da discussão que apontava o "doente mental" como inexoravelmente destinado a viver à margem das trocas sociais e atrelado a uma tutela, cumpria paralelamente um mandato social.

Dizemos com isto que a forma de a sociedade lidar com as diferenças que implicam algum tipo de desvantagem social se perpetuou através dos tempos, traduzidas em um alijamento do diferente, seja concreto ou subjetivo. A forma de apresentação é diversificada em cada momento histórico e aplicada através de múltiplos instrumentos, ou seja, o hospício, as favelas da periferia, o não acesso ao mercado de trabalho formal, a diferença salarial entre os gêneros e raças entre outros.

Entretanto, as estratégias para serem estabelecidas são embasadas em "saberes" construídos socialmente e por isso historicamente determinados. Estes cumprem o papel de validar cientificamente as práticas necessárias à manutenção do *status quo*.

Partindo deste pressuposto, podemos encarar que a visão hegemônica da sociedade sobre o louco se estabeleceu não apenas com o legado da ciência médica. Sofre atravessamentos de várias ordens como as leis, a noção da produção/trabalho, a responsabilidade, a periculosidade, o potencial de trocas de afeto, de convívio com o diferente.

Quando nos voltamos para a idéia de uma efetiva transformação de um modelo tradicional, no que diz respeito à organização de serviços, não podemos deixar de considerar que esta não se dá a partir de um planejamento que tenha em conta apenas os aspectos técnicos da assistência em saúde. Estamos nos referindo a um amplo trabalho de intervenção na cultura instituída sobre o louco.

A introdução desta discussão nas políticas públicas marca um diferencial na construção de uma efetiva assistência a esta população. A questão da integralidade da atenção constitui um dos eixos da dinâmica de desconstrução do que denominamos paradigma hegemônico na Psiquiatria. Deste modo, nos reportamos a Alves (2001, p. 170):

“A negação do papel do isolamento, aliada à compreensão de que o que deve ser cuidado é o indivíduo e seus problemas e não somente o seu diagnóstico, determina um olhar integral da situação. A pergunta que se segue é: que modelo adotar para atender à integralidade?”

O compromisso a ser assumido demanda um envolvimento dos vários atores sociais – quais sejam, os pacientes, a comunidade, os profissionais e os gestores. A construção de uma proposta de mudança, que em sua base abarca questões para além de uma simples reorganização dos serviços, aponta para uma ação ampla na qual o poder público, enquanto detentor da função de garantia dos direitos dos cidadãos, necessariamente deve estar implicado. Um novo modelo pressupõe intervenções não restritas ao âmbito da psiquiatria ou mesmo ao campo da saúde. A interlocução intersetorial seria o viés para a ampliação dessa assistência.

Sendo o objetivo desta dissertação as transformações do modelo assistencial em Saúde Mental, utilizando como campo dois dispositivos pioneiros nessa trajetória, optamos por iniciar esta análise apresentando o contexto do surgimento de cada uma das experiências, seguidas da discussão dos projetos de implantação. É possível perceber que cada município estudado atravessava, no momento da estruturação do projeto, um quadro político diferenciado, o que determinou características singulares e não comparáveis entre si.

No município de São Paulo, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira surgiu como uma unidade diferenciada das existentes no sistema de saúde local, com a proposta de desenvolver um modelo/projeto assistencial que pudesse se estabelecer como uma referência para o tratamento de portadores de transtornos mentais graves.

Por sua vez, no município de Santos, os Núcleos de Atenção Psicossocial se desenvolveram como a base da organização dos serviços de Saúde Mental (a rede era composta de cinco NAPS) constituíam-se em um instrumento para a transformação do modelo assistencial até então existente. Podemos dizer que sua estruturação era uma política pública oficial.

A seguir, apresentamos o contexto que envolvia a estruturação do CAPS Luiz Cerqueira e a análise de seu projeto de implantação. O mesmo é realizado com os NAPS de Santos no item 4.2, considerando, no entanto, que o projeto de implantação se configura em um documento produzido após o primeiro ano de funcionamento do dispositivo.

4.1. O Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, em São Paulo

O CAPS Luiz Cerqueira localiza-se em uma região central da cidade de São Paulo, próximo à Avenida Paulista. Pertence a uma região geográfico-sanitária que compreende 15 bairros, com uma população aproximada de 1,5 milhão de habitantes.

Sua constituição se deu a partir da mobilização de profissionais da área de Saúde Mental da região do Escritório Regional de Saúde da Região 1 (ERSA 1), do Secretário Estadual de Saúde e do Coordenador do ERSA 1. A divisão por escritórios regionais se desenvolveu a partir do processo de municipalização iniciado na época, sendo estes responsáveis pelas ações e equipamentos de saúde da área sob sua cobertura.

O contexto de implantação do CAPS era bastante adverso²⁴ para as políticas públicas de Saúde Mental. Após um período de formulação de diretrizes marcado por avanços na assistência e reorientação do modelo hospitalocêntrico, a reforma da Secretaria de Estado de Saúde teve como consequência a desestruturação de setores que permitiam o suporte das ações.

²⁴ De acordo com Yasui (1999, p. 186-187), o período final da gestão de Franco Montoro (PMDB) foi um momento de reformas administrativas na Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, quando foram criados os escritórios regionais que iniciaram o processo de municipalização (final de 1986). O CAPS foi aprovado nesse período, passando a funcionar em um local que anteriormente era a sede da divisão de ambulatórios. No entanto, com as mudanças de governo, assumiu Orestes Quércia, também do PMDB, cujo projeto político não priorizava as políticas de saúde mental, o que gerou descontinuidade do processo em curso e conseqüentemente importantes dificuldades estruturais, financeiras e de recursos humanos. O mesmo autor refere que em diversas instituições houve um cerceamento dos espaços de discussão entre os profissionais, afastamento de coordenações e desarticulação de ações em curso.

A transformação do quadro político levou o programa de Saúde Mental a uma situação de instabilidade. Seus gestores não possuíam o respaldo necessário para constituir uma política pública oficial pautada nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica de um modo efetivo, já que isto demandava investimentos orçamentários e intervenções políticas mais radicais. A nova divisão geográfico-sanitária através dos ERSAs gerava uma disparidade entre as regiões que investiam na Saúde Mental e outras que não apoiavam as ações. Desta forma, a iniciativa foi produto da inquietação de um grupo de profissionais que, a partir de um referencial pautado nas questões levantadas pela Reforma Psiquiátrica, elaborou um projeto de assistência, em uma unidade, que visava à transformação do modelo até então hegemônico (Yasui, 1999).

O CAPS Luiz Cerqueira, apesar de implementado pelo poder público estadual, não se constituiu como parte de ações planejadas pelo programa de Saúde Mental na estruturação de uma política pública, mas como uma mobilização específica que, naquela conjuntura, possuía um poder de barganha suficiente para iniciar tal experiência.

Essas pontuações são relevantes, já que, posteriormente, discutiremos as implicações possíveis desta conjuntura no processo de consolidação do modelo proposto.

O que norteou a elaboração da proposta foi a percepção da inadequação do que era encontrado na rede de assistência em Saúde Mental local, no oferecimento de suporte efetivo a situações de sofrimento psíquico, principalmente em quadros de maior gravidade.

Jairo Idel Goldberg, um dos fundadores do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira, que exerceu a função de coordenador da unidade por mais de uma década, ao remeter à sua experiência anterior com a assistência ambulatorial pública, descreveu um modelo centrado na perspectiva médica.

"O tratamento era voltado para a remissão sintomatológica, sendo os outros profissionais introduzidos a partir de uma indicação médica. O acompanhamento dos pacientes no longo prazo enfatizava o monitoramento dos sintomas, não valorizando a história pessoal de cada um. O autor pontua que o enfoque era voltado para a prevenção da internação. As técnicas psicológicas eram baseadas na palavra através da psicoterapia ou da orientação, mas sempre 'visando a adequar o paciente à figura do sintoma'"
(Goldberg, 1992, p. 3).

A homogeneização da demanda resultava na submissão dos pacientes a uma mesma modalidade terapêutica. Os atendimentos em série de um grande quantitativo de pacientes eram pautados em perguntas sobre o sono, alimentação ou alterações no padrão de comportamento que, por acaso, tivessem ocorrido durante o longo intervalo entre as consultas. A história de vida e as questões subjetivas do sujeito em tratamento não eram consideradas relevantes.

O sistema verticalizado e hierarquizado existente definido por Goldberg (1998, p. 28) como idas e vindas entre o hospital psiquiátrico e a rede extra-hospitalar (ambulatórios e rede básica), de acordo com a gravidade dos sintomas, se apresentava inadequado para uma clientela que perpetuava um quadro grave durante todo o tempo.

A hierarquização desse modelo refletia a falência do mesmo, principalmente no que dizia respeito à clientela com maior comprometimento psíquico. O ambulatório não lograva manter os pacientes compensados e a internação não cumpria sua função de remissão de sintomas agudos e posterior “devolução” do paciente para um nível de assistência de menor complexidade.

A concepção do projeto do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira tinha como perspectiva a transformação do modelo tradicional. A ênfase seria na elaboração de uma estratégia de cuidados para uma clientela marginal a um suporte adequado à complexidade dos aspectos que envolviam o sofrimento psíquico, não encontrados nos dispositivos existentes até então.

O projeto do Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira foi elaborado, segundo Goldberg (1992, p. 83), a partir:

“(...) da retomada do interesse pela criação de uma unidade de Saúde Mental destinada exclusivamente aos usuários dos serviços de Saúde Mental que apresentavam graves distúrbios psíquicos e que até então não contavam com atendimento específico”

Observava-se, assim, a necessidade da estruturação de uma forma de atenção diferenciada para uma clientela específica dentro do vasto universo da Saúde Mental. No projeto de implantação, o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira foi concebido como *“uma estrutura de continência multiprofissional que busque estimular múltiplos aspectos necessários ao exercício da vida em sociedade, respeitando-se a singularidade dos sujeitos.”* (Cordenadoria de Saúde Mental - CSM/SP, 1986, p. 1-2).

O projeto inicial foi elaborado para apresentação nas estruturas administrativas da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, mas continha conceitos e diretrizes do modelo assistencial preconizado pela equipe formuladora. Ressaltava a preocupação com a *“atenção integral a pessoas com graves comprometimentos psíquicos em estruturas intermediárias entre a hospitalização psiquiátrica e a vida comunitária”* (CSM/SP, 1986:1)

A Coordenadoria de Saúde Mental (1986, p. 1-3), em seu documento oficial, definiu como clientela-alvo do projeto os portadores de transtornos mentais graves, a eles se referindo como:

- *“(...) pessoas socialmente invalidadas (...);*
- *“(...) formas diferentes e especiais de ser;*
- *“(...) pessoas que por abandono institucional de várias ordens (família, trabalho, escola, hospital etc.) tenham enveredado por um circuito de cronificação (...);*
- *(...) clientela com maiores comprometimentos psíquicos (psicose, drogadição e outros);*
- *(...) pessoas com graves dificuldades de relacionamento e inserção social (...);*
- *(...) pessoas com intensas dificuldades de contato interpessoal;*
- *(...) pessoas com graus variáveis de limitações sociais”.*

Podemos observar que as definições utilizadas não se restringiam a critérios nosológicos. A ênfase no desempenho social já apontava um diferencial com os programas assistenciais até então estruturados. Em uma análise inicial, observamos preocupação com o suporte a uma população excluída do exercício de uma contratualidade social. Esse projeto de implantação introduziu a noção de *“acolhimento”* (CSM/SP, 1986, p. 2), ao referir-se ao tratamento da clientela-alvo, muito embora o conceito não seja detalhado neste documento.

No que diz respeito à sua caracterização do serviço, encontramos conceitos básicos que se referiam a um *“tratamento de intensidade máxima”* em relação ao tempo de acolhimento, ou seja, atividades terapêuticas realizadas diariamente em período de oito horas (CSM/SP, 1986, p. 2).

Pitta (1994, p. 650) pontuava a intensidade do contrato, ou melhor, do tratamento, a partir da frequência de comparecimento do paciente no serviço (variava entre 1 a 5 vezes por semana). Esta era definida pela equipe a partir da análise da situação clínica. Na maior parte das vezes, no período inicial de ingresso na instituição era estabelecido um contrato “intensivo”, descrito pela autora como de frequência diária durante todo o período de funcionamento do CAPS. O projeto de implantação sinalizava a possibilidade de expansão do horário de funcionamento em momento futuro, caso fosse observado a necessidade de tal medida.

No que diz respeito à clínica²⁵, esta envolvia um enfoque multidisciplinar e pluriinstitucional²⁶. O projeto do CAPS enumerava diversas categorias profissionais no âmbito da saúde, como psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais. Um aspecto importante do elenco técnico foi a inclusão de profissionais não pertencentes a uma área clínica mas possuidores de habilidades diversas (manuais, artísticas e outros). Estes recebiam a classificação de monitores ou auxiliares de laborterapia e desempenhavam também uma função de viés terapêutico.

Observamos a descrição de uma clínica apresentada como de cuidados personalizados, envolvendo uma abordagem microssocial, aqui compreendida como intervenção no universo de relações interpessoais do paciente (família, escola, vizinhança e trabalho).

Apesar de não haver preocupação com uma descrição teórica da clínica proposta, esta se encontrava descrita no projeto inicial a partir da enumeração das práticas adotadas no cotidiano. A ampliação do espectro de intervenções constituía viés da mudança de modelo. As ações terapêuticas descritas na justificativa do projeto demarcam uma diferença das ações da clínica tradicional restrita a consultas médicas ou atendimento psicológico e social pontuais. Desta forma, apontavam para o objetivo de oferecer suporte integral e não restrito à relação médico-paciente. As intervenções descritas nos permitem correlacioná-las com a intenção de continência do serviço em relação ao usuário e à complexidade de seu sofrimento.

“(...) promoção de eventos culturais, participação e estimulação de atividades produtivas dentro e fora do Centro, buscando a reinserção profissional (...),

²⁵ Aqui denominamos clínica as práticas terapêuticas realizadas e as concepções que a embasavam.

²⁶ Por pluriinstitucional compreendemos a relação necessária do serviço com outras instituições que tenham influência na história do sujeito em sofrimento ou que componham a rede de suporte ao mesmo.

estimular formas alternativas e cooperadas de moradia (...) articulação com estruturas societárias (...)” (CSM/SP, 1986, p. 3).

Essas práticas demonstravam uma ação voltada para o sujeito contextualizado em uma história de vida, não se restringindo a ações que visassem apenas à remissão sintomatológica. A intervenção farmacológica e a terapia individual também estavam incluídas no espectro de intervenções adotadas nos projetos terapêuticos.

Uma característica descrita no projeto era uma certa mescla entre a discussão da clínica a ser operada e o matiz de intervenção no campo social. Ambos se colocavam enquanto parte de uma mesma intervenção, compreendida como uma atenção integral que o projeto buscava sistematizar.

No que diz respeito aos objetivos, foram descritos três como principais (CSM/SP, 1986, p. 2):

- "- criar mais um filtro de atendimento entre hospital e comunidade;*
- criar um núcleo de sistematização de práticas de cuidado mais intensivos com vistas a ampliar a resolutividade da rede de atendimentos externos em direção à desinstitucionalização e desospitalização;*
- proceder a investigações epidemiológicas, clínicas e organizacionais voltadas para uma clientela com maiores comprometimentos psíquicos (psicose, drogadicção e outros que possam se beneficiar da estrutura prevista)".*

É importante pontuar que o projeto de implantação ora estudado era um documento elaborado para a tramitação interna da Secretaria Estadual de Saúde, sem o intuito de teorização acadêmica sobre a reformulação da assistência. No entanto, apresentava importantes diretrizes que balizaram a dinâmica da instituição nos primeiros anos de funcionamento. Sua confecção precedeu o início do funcionamento da unidade. Desta forma, conforme poderemos observar nas discussões posteriores, alguns conceitos e objetivos sofreram reformulações.

A análise de outras produções dos autores deste processo, sejam artigos ou teses e dissertações, apontam para uma pulsante reinscrição do projeto no sentido da transformação do modelo assistencial em Saúde Mental.

4.2. O(s) Núcleo(s) de Atenção Psicossocial (NAPS) no município de Santos

A construção do programa de Saúde Mental de Santos iniciou-se em 1989, configurando um processo singular. O município foi um dos pioneiros na implantação de um Sistema Único de Saúde nos moldes do que havia sido estabelecido na 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Diferentemente das iniciativas de transformação da assistência em Saúde Mental existentes até o momento no Brasil, em Santos a estruturação da rede assistencial pública teve como matriz impulsionadora o poder público municipal (Koda, 2002). Um outro viés que nos coloca a característica peculiar da experiência foi o fato de ter começado com ações dentro do próprio manicômio que o NAPS (enquanto dispositivo de assistência) substituiria.

Deste modo, para que possamos discutir as contribuições dos Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos para a mudança do paradigma assistencial em Saúde Mental tradicional, não podemos nos furtar a descrever o contexto no qual este se encontrava inserido.

Santos é um município localizado em uma região balneária do estado de São Paulo. Encontra-se a 90 Km da capital e possui uma população em torno de 450 mil habitantes (Koda, 2002, p. 66). O crescimento urbano foi potencializado a partir da década de 50, com a construção do Pólo Petroquímico e Siderúrgico de Cubatão, prioritariamente na região Noroeste (Nicácio, 1994, p. 93). O crescimento se incrementou principalmente com migrantes das regiões Norte e Nordeste do país.

Até 1989, eram marcantes as características de precariedade da assistência pública em todas as áreas. Uma região que possuía o segundo maior orçamento do estado, a maior renda *per capita*, mas que se caracterizava por uma importante desigualdade social. Havia várias favelas em zonas de risco, com precariedade das habitações, como barracos, palafitas, etc.

A rede de saúde pública oferecia uma cobertura abaixo de 50% da população da cidade. Exemplo disso era a existência de 12 hospitais, sendo apenas um hospital público estadual. As políticas de suporte social eram praticamente inexistentes.

No que se refere à Saúde Mental pública, existia em janeiro de 1989: um ambulatório de Saúde Mental estadual; um posto de atendimento médico do INAMPS; um pronto-socorro psiquiátrico estadual nas dependências do único hospital público da região

(Hospital Guilherme Álvaro) e um hospital psiquiátrico privado com 214 leitos credenciados (a Casa de Saúde Anchieta). Cabe ressaltar que o pronto-socorro funcionava com uma lógica de emissão de laudos para internação no hospital psiquiátrico e este recebia pacientes de toda a região da Baixada Santista (área composta pelos municípios de Santos e circunvizinhos).

Nessa época assumiu o governo o Partido dos Trabalhadores (prefeita Telma de Souza), um partido com posicionamentos de esquerda e tradicionalmente comprometido com as lutas sociais. A proposta de resgate da cidadania e participação popular deu início a uma série de mudanças no âmbito das políticas públicas, com ênfase nas ações de saúde pública e educação. Como secretário de Saúde, assumiu o Dr. David Capistrano, reconhecido nacionalmente por suas formulações progressistas e importante personagem na construção do Sistema Único de Saúde. O final da década de 80 inaugurava um novo contexto político. O Sistema Único de Saúde havia sido aprovado em 1988, bem como a Constituinte promulgada. Em 1989 o país passava por uma grande efervescência, fruto das eleições presidenciais, em que estavam em disputa dois projetos políticos que caracterizavam a esquerda e a direita brasileiras.

Neste contexto, no início de 1989 (abril) começam a ser trazidos a público denúncias sobre maus tratos e mortes na Casa de Saúde Anchieta. As denúncias receberam intenso destaque da mídia e foram acompanhadas de uma tomada de posição do poder municipal, o qual, inicialmente através da supervisão hospitalar, determinou o prazo de uma semana para a instituição transformar a situação crítica encontrada. Dentre as irregularidades estavam: *"superlotação, com taxa de ocupação de 210%. Em 214 leitos credenciados havia 580 internos; disputa de leitos pelos internos com a presença do 'leito-chão'; realização de eletrochoque (ECT) e contenção física punitivos; existência de celas fortes sem luz, sanitários e apenas um pequeno orifício de abertura por onde se presumia ser fornecida a alimentação; entre outras"* (Chioro, 1998, p. 35-37).

Após esse período, retornou à Casa de Saúde Anchieta uma comissão composta por diversos setores da sociedade civil organizada, membros do Poder Legislativo, profissionais da prefeitura, o secretário municipal de Saúde e a prefeita. A partir da confirmação do quadro descrito pela supervisão, foi decretada intervenção, inicialmente por 120 dias. Esse processo redundou em longa batalha jurídica, com liminares favoráveis à CSA. Efetivamente, cabe registrar que até os dias atuais, mais de dez anos após a desativação por completo da instituição, ainda tramita a disputa judicial.

A partir da nomeação de um interventor e da constituição de uma equipe de trabalho composta de funcionários municipais, se iniciou um processo radical de transformação da assistência, das condições de higiene, das relações com os pacientes – enfim, uma ação de restituição dos direitos mínimos da população ali “depositada”, com o objetivo maior de criar condições para a reinserção social destas e o fechamento por completo do manicômio.

Esse processo, cujo detalhamento pode ser consultado em ampla literatura²⁷, foi o marco condutor da estruturação do programa de Saúde Mental de Santos. Neste estudo, procuramos apreender os princípios que fundamentaram a ação de desconstrução da CSA, já que este viés é determinante na política de Saúde Mental que foi implementada posteriormente.

A Psiquiatria Democrática Italiana teve grande influência no processo santista. Um importante contingente de técnicos vivenciaram a experiência de Trieste, onde haviam passado longos períodos. Havia uma cooperação entre o município e os condutores do processo italiano de reforma psiquiátrica.

A intervenção, com sua proposta de fechamento do manicômio, partiu do pressuposto de que este cumpria não um papel terapêutico, mas se constituía em local de exclusão e recolhimento das “mazelas” que a sociedade e a ciência cartesiana não conseguiam resolver. Importantes personagens da experiência de Trieste, ao descrever o manicômio na Itália, apontavam para esse papel, como Rotelli et al (2001a, p. 26-27) que diziam:

"(...) o manicômio efetivamente se constitui sobretudo como local de descarga e de ocultamento de tudo aquilo que, como sofrimento, miséria ou distúrbio social, resulta incoerente frente aos códigos de interpretação e de intervenção (de problema-solução) das instituições que fazem fronteira com a Psiquiatria, ou seja, a medicina, a justiça e a assistência".

Deste modo, a desconstrução a partir de seu interior viria colocar em xeque o paradigma dominante na Saúde Mental, ou seja, um modelo baseado na figura do médico cujo objeto de intervenção se constituía na doença, não considerando o sujeito. Sendo assim, a expressão desta, o sintoma, compreendido como o quadro psicopatológico, seria o

²⁷ Nicácio (1994); Kinoshita (1996); Chioro (1998); Koda (2002).

enfoque principal. Segundo Koda (2002), o paradigma manicomial se expressa nos asilos por uma relação hierárquica rígida entre profissionais / profissionais e profissionais / paciente, uma cisão entre sujeito e objeto do conhecimento, pelo uso da violência e do controle.

Justificava-se a necessidade de isolamento do sujeito para uma melhor observação e uma estrutura rígida de poder, na qual ao louco competiria adequar-se às normas sociais de normalidade ou ser mantido no cárcere como irresponsável, perigoso e conseqüentemente sem condições de convívio fora dos muros de seu local de “proteção”.

O objetivo da equipe de intervenção se colocava então a partir de uma estratégia de restituição da cidadania àquela clientela, reconhecê-la enquanto sujeito, portadores de sofrimento psíquico, mas também fruto de uma sociedade que, como única solução para suas diferenças, destinou-lhes o lugar de irresponsáveis e destituídos de direitos sob a égide da garantia de proteção e assistência. Esta percepção determinou intervenções que visavam a transformar as relações e a cultura em relação à loucura no âmbito não apenas institucional mas da cidade (Nicácio, 1994).

As estratégias de incursão social, através de exposição de vídeos nas praças, debates, convívio dos internos nos espaços públicos de lazer e cultura foram realizadas paralelamente às ações de transformação interna da instituição. Esta, por sua vez, aboliu os espaços restritivos, instituiu espaços de discussão coletiva que buscavam uma horizontalização das relações. Os internos passaram a ter suas histórias de vida reconstituídas e o resgate de vínculos perdidos foi iniciado. As famílias foram trazidas para o trabalho conjunto e muitos pacientes puderam retornar a seus lares.

A sociedade santista foi mobilizada através das incursões na mídia, que denunciava a situação dos pacientes na CSA e também discutia a loucura e suas representações na sociedade. A publicização das discussões acerca da Saúde Mental teve como resultado positivo a "permeabilização" dos muros institucionais, com setores da população entrando na instituição para festas, visitas aos internos e trabalhos voluntários, bem como o apoio de amplo setor da sociedade ao processo. É claro que também houve entraves com a "abertura das portas"²⁸ do manicômio e a circulação de internos nos espaços da cidade, mas a concepção de transformação da cultura levava à compreensão de que estes eram momentos

²⁸ Alguns internos sem indicação de internação e que tinham condições de autonomia eram autorizados a sair do hospital durante o dia. Outros passaram a freqüentar os espaços da cidade através das atividades terapêuticas promovidas pelos técnicos (Nicácio, 1994).

importantes para colocar em discussão o direito dos loucos à cidadania (Nicácio, 1994, p. 63-68).

Após um período de organização interna, foi iniciada a estratégia de construção da rede assistencial na cidade, que daria suporte à clientela saída da instituição e também à demanda de assistência em Saúde Mental do município. Por iniciativa da Secretaria de Higiene e Saúde, foi convocada uma comissão, composta pelos técnicos que participavam da intervenção, para estruturar os dispositivos que comporiam a Rede de Saúde Mental e traçar as ações do Programa. Como princípios básicos da nova organização de serviços, estavam as noções de Saúde como direito de todos e dever do Estado; a superação do hospital psiquiátrico enquanto equipamento de atenção e a atenção às situações de crise (Chioro, 1998, p. 39-53). A partir dessas noções, algumas questões eram ressaltadas, tais como:

- a saúde enquanto um direito de cidadania e desta forma envolvendo o Poder Público mas necessariamente tendo a população enquanto ator ativo no processo (no sentido da participação na definição das ações);
- a necessidade de construção de dispositivos que se constituíssem enquanto suporte efetivo ao sofrimento psíquico que prescindissem do hospital enquanto alternativa, mesmo para situações de maior complexidade/"periculosidade";
- a resolução da assistência em situações de crise com uma atuação ágil, sem burocratização e com respostas seguras (Chioro, 1998).

Considerando as questões levantadas e utilizando experiências anteriores como contribuição (a exemplo a intervenção no Juqueri²⁹, a reorganização dos ambulatórios de São Paulo, além de experiências internacionais como a das cidades de Gorizia e Trieste, na Itália) foi possível estabelecer um consenso de que a reestruturação do sistema ambulatorial não resultara em melhora da assistência, principalmente em relação aos casos mais graves; e que uma convivência com um processo de reformas no hospital psiquiátrico sem sua real extinção não teria como consequência uma redução das internações e do circuito de cronificação dos pacientes (Chioro, 1998).

²⁹ O Juqueri era um grande hospital psiquiátrico do Estado de São Paulo que já chegou a possuir mais de 18 mil leitos.

Foi desenhada, então, uma Rede Assistencial que teria como base os Núcleos de Atenção Psicossocial, funcionando 24 horas e a com a tarefa de responsabilização por toda a demanda de Saúde Mental no território de sua cobertura.

A partir da saída dos internos da Casa de Saúde Anchieta foram montadas as unidades consideradas substitutivas. O primeiro NAPS foi inaugurado em setembro de 1989, e o quinto em junho de 1994, quando também foi fechado por completo o manicômio. (Chioro, 1998, p. 110-113).

O Programa de Saúde Mental de Santos vivenciou sua estruturação de forma gradual em um período relativamente curto. O processo se deu durante as duas gestões de um governo progressista no período de 1989 a 1996.

Chioro (1998, p. 112-159) destaca ainda que, ao final desse período, compunham a Rede de Saúde Mental em Santos: cinco Núcleos de Atenção Psicossocial / NAPS (distribuídos por cinco regiões pelas quais a cidade foi subdividida), um Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP), um Pronto-Socorro Municipal (que atendia a emergências psiquiátricas), um Lar Abrigado e um Centro de Convivência. Além destes, estava em fase de estruturação o Centro de Atenção ao Toxicodependente e o atendimento infantil se dava no Centro de Valorização da Criança (unidade da Secretaria de Higiene e Saúde mas que realizava atendimento a demandas diversas da infância, não apenas aos Transtornos Mentais).

A seguir discutiremos o Núcleo de Atenção Psicossocial, a partir da discussão de seu projeto de implantação. Este apresenta questões mais definidas em relação ao marco teórico e à estratégia de ação. Foi elaborado como projeto de implantação do Núcleo de Atenção Psicossocial mas seu conteúdo dizia respeito também às diretrizes do programa de Saúde Mental como um todo. Os NAPS santistas nos sugerem a noção de que esse dispositivo se constituiu enquanto base da assistência mas estava inserido numa rede mais ampla, com a qual possuía estreita reciprocidade.

O NAPS Noroeste, o primeiro a ser inaugurado, não possuía um projeto escrito de implantação. Encontramos um texto referente a sua proposta teórica e de funcionamento, escrito após o primeiro ano de sua inauguração. Apesar de possuir uma conformação com características informais, consideramos esse texto o mais próximo de um projeto de implantação. Descrevia os pressupostos teóricos e a dinâmica de funcionamento, além de

ter sido escrito pela coordenadora da unidade, que foi também uma das responsáveis pela construção do programa de saúde mental da cidade.

O NAPS localizava-se na Região Noroeste, que contava com aproximadamente 120 mil habitantes e integrava o módulo de saúde da região juntamente com três policlínicas e um pronto-socorro. O módulo tinha como objetivo a realização de ações integradas de saúde na região. Como pressupostos do trabalho desenvolvido em Saúde Mental, destacavam-se:

"A ética enquanto buscar realizar praticamente a utopia; utopia, no conceito de Basaglia, como prática de transformar a realidade; a clareza de que a negação do manicômio como lugar de violência não se realiza no plano das idéias" (Secretaria de Higiene e Saúde - SEHIG, 1990, p. 2).

Com essa discussão, já se apresentava um posicionamento claro em relação ao marcoteórico adotado, qual seja, a experiência da Psiquiatria Democrática Italiana. Do mesmo modo, adotava uma proposta clara de extinção da estrutura manicomial quando se referia ao que podemos identificar como objetivos mais gerais: *"buscar produzir uma instituição que não segregue, não cronifique, não exclua; produzir um novo projeto de Saúde Mental que tem como eixo a desconstrução do manicômio"* (SEHIG, 1990, p. 2).

A caracterização do serviço não se encontra descrita de um modo formal, mas em vários parágrafos do texto no qual encontramos sua referência. Na parte introdutória do projeto, tal peculiaridade se justifica na seguinte afirmação:

"O NAPS não é simples de ser definido como as instituições totais; sair do manicômio (e esta saída não é aquela triunfal, romântica, mas um processo cotidiano, técnico, político, cultural, legislativo) abre um campo de possibilidades e como tal, rico, contraditório, por vezes extremamente difícil, novo e belo. (...) a complexidade desta nova realidade implica instituições em movimento (...)" (SEHIG, 1990, p. 2).

Sendo assim, a compreensão de que o NAPS era um projeto em construção apontava para uma dinâmica que estabeleceria diretrizes conceituais gerais e ações básicas a serem implementadas, apontando ainda para uma contínua reformulação. Apreendem-se diretrizes conceituais adotadas das pontuações:

"(...) superação da lógica da reparação de danos para a lógica da produção de Saúde;

“(...) a construção de um projeto terapêutico implica a existência daquele sujeito para além da remissão de sintomas (...)”

“(...) este projeto não se faz com objetivos pré-constituídos, categorias pré-estabelecidas de análise mas a reconstrução e apropriação constante da história de vida de cada um; é centralizado no paciente (...)” (SEHIG, 1990, p. 3-5).

No projeto de implantação constava que o NAPS Noroeste havia sido implantado junto a uma unidade de saúde municipal e, desta forma, havia o convívio entre todos os usuários da rede.

Apesar de se manter em ambiente tradicional de atendimento ambulatorial, houve investimento na humanização do espaço (na desconstrução simbólica e concreta da aridez manicomial), com a pintura das paredes sendo feita pelo Grupo de arte TAM TAM³⁰. Esta preocupação com o ambiente de acolhimento aparentemente fica implícita na afirmação *“(...) não parece uma estrutura ambulatorial (...) os loucos juntos com as mães, as crianças, uma nova convivência; as paredes pintadas pelo Grupo TAM TAM traz um vento novo (...)”* (SEHIG, 1990, p. 2).

O projeto inicial colocava algumas estratégias primordiais na sua organização e planejamento das intervenções, a saber: a regionalização e a responsabilização pela demanda da região. Dentro da perspectiva de regionalização, havia a compreensão desta não apenas como uma divisão administrativa. Cumpria a função de ser o ponto de partida para o trabalho, ou seja, permitir que pudessem *“(...) conhecer as necessidades, as demandas, o percurso da demanda psiquiátrica, conhecer e intervir nas organizações institucionais que tecem a região (...)”* (SEHIG, 1990, p. 3).

A subdivisão em regiões facilitaria o encaminhamento dessas ações, cujo objetivo seria constituir o NAPS enquanto um ponto de referência e possibilitar efetivamente o acesso ao serviço. Por sua vez, este também estaria mais apto a se inserir na comunidade de abrangência.

Na prática, essa estratégia se traduzia por ações na comunidade, através de uma interlocução mediada por diversos instrumentos. *"O 'dialogar' com as Associações,*

³⁰ O grupo era composto de usuários do Programa de Saúde Mental que tinham seu projeto terapêutico ligado à produção artística e cultural. Este posteriormente se constituiu no projeto do Centro de Convivência TAM TAM. Dentre as produções mais divulgadas do grupo estão a Rádio e a TV TAM TAM.

Sindicatos, Igrejas enfim, com as organizações locais; a exposição de 'vídeos na praça buscando levar a discussão sobre o significado social do manicômio e de uma instituição aberta' (SEHIG, 1990, p. 3). Conversar com a vizinhança, com a família, as visitas domiciliares, participação nas festas populares, intercâmbio de visitas com creches e escolas – todos seriam mecanismos de intervenção que buscavam além da assistência a transformação da cultura. O projeto sinalizava para uma permanente construção dessas práticas, que retiravam a discussão da doença mental / loucura do âmbito exclusivamente técnico, buscando travar um debate aberto com a população.

No que diz respeito à responsabilização sobre a demanda, esta noção se dava através da compreensão da "*responsabilidade da equipe em assumir o 'cuidar de uma pessoa'*" (SEHIG, 1990, p. 4). Desta forma, o projeto definia o fazer-se responsável como estratégia para:

"(...) evitar o abandono; se contrapõe à fragmentação das necessidades da demanda e portanto requer flexibilidade e a perspectiva da globalidade e não do sintoma; evitar o constante reencaminhamento da demanda com o objetivo de descarga" (SEHIG, 1990, p. 4).

Sendo assim, eram pontos essenciais de intervenção: a impossibilidade de separar o tratamento; a prevenção e a reabilitação, que deveriam ocorrer numa perspectiva de atenção integral, não obedecendo a critérios de hierarquização (definição do dispositivo de atendimento pela complexidade dos quadros clínicos).

Outro aspecto destacado, o atendimento às crises, era apontado no projeto de implantação como "*fundamental para as instituições que se pretendem substitutivas*³¹ *ao manicômio*" (SEHIG, 1990, p. 5). Os dois pontos eram abordados como determinantes para evitar o processo de constantes reencaminhamentos os quais sempre desembocavam no hospital psiquiátrico.

Para abarcar essas tarefas, o projeto caracterizava o NAPS como um serviço com funcionamento de 24 horas, durante os sete dias da semana e com seis leitos. Possuía como atribuições realizar múltiplas atividades, dentre as quais se incluía o atendimento às crises, com a possibilidade da hospitalidade integral. Esse tipo de atendimento até a implantação do NAPS ocorriam no Pronto-Socorro Municipal. Por sua vez, o projeto de implantação

³¹ É a primeira vez que o termo *substituto* é utilizado como definição para o dispositivo proposto (NAPS).

definia que os locais de assistência às crises passariam a ser: o Pronto-Socorro Municipal (em conjunto com a equipe do NAPS) e o NAPS. Destaca que também o domicílio seria um lugar possível de serem realizados atendimentos de urgência. Estes podiam se configurar enquanto importante momento inicial da estruturação de um vínculo com a família, o paciente e a vizinhança (SEHIG, 1990, p. 6).

O projeto destaca que os leitos da unidade não se destinavam apenas às situações de crise, mas assistiam também a momentos significativos de vida, nos quais o usuário necessitasse de um acolhimento mais próximo ou mesmo situações de cunho social que viessem a surgir. Pontua sobre esta função:

(...) é também quando os pacientes dormem no NAPS porque a casa está alagada; quando se sente angustiado e solitário à noite e vai para lá; quando uma paciente é ameaçada pelo marido que bebe e busca o NAPS; quando a situação de crise familiar é tal que propomos ao paciente que fique, quando um dos pacientes começa a trabalhar e para se sentir seguro, ter certeza de que vai acordar cedo pede para ficar, enfim, em diferentes situações não codificáveis em diagnósticos mas da complexidade e globalidade das situações de vida” (SEHIG, 1990, p. 7).

Na definição dos instrumentos utilizados como estratégia para o cuidado com a clientela, ou seja, como dinâmica do funcionamento cotidiano enumerava a existência de uma diversidade de técnicas: medicação, grupos, "o estar junto", a reunião de familiares, o atendimento individual, o atendimento familiar, a assembléia, o grupo de mulheres, os núcleos de trabalho, o passeio na cidade e na praia, a visita domiciliar. (SEHIG, 1990, p. 5).

Desta forma, aponta como intervenções terapêuticas tanto aquelas já tradicionais na assistência psiquiátrica, mas também novas formas de ação, que extrapolam o espaço continente do serviço. A busca de uma sociabilidade possível está presente no convívio com o grupo, nas inserções na comunidade, bem como na simples presença/proximidade como uma das formas de suporte.

Um dos alicerces do projeto do NAPS era a sua equipe técnica, composta por 33 profissionais de várias formações universitárias. No projeto de implantação constam: “dois médicos, dois assistentes sociais, dois enfermeiros, dois psicólogos, três terapeutas

ocupacionais (sendo um o coordenador), um agente de saúde e vinte e um auxiliares de enfermagem” (SEHIG, 1990, p. 7-8).

Um aspecto que chamou nossa atenção foi o número de auxiliares de enfermagem que compunham a equipe, nos fazendo questionar por que uma unidade que se propunha a ser *substitutiva* ao modelo manicomial reproduzia esse aspecto de sua assistência. Nos hospitais psiquiátricos essa categoria, apesar de ocupar um lugar inferiorizado na hierarquia rígida das relações de trabalho, na prática eram os "capatazes" da instituição, exercendo o poder de controle efetivo sobre os internos. No entanto, apesar de não estar descrito no projeto, foi possível constatar em outras fontes bibliográficas que os auxiliares de enfermagem trabalhavam em esquema de plantões de 24 horas. Compunham a equipe diurna, na qual os técnicos eram diaristas, mas também assumiam o plantão noturno e nos finais de semana.

Quanto à noção de equipe, encontrava-se a seguinte descrição:

“A equipe aqui é compreendida como o trabalhar junto, como o espaço coletivo de ação e reflexão das práticas profissionais, do confronto, das 'crises' e do pensar e repensar o próprio serviço. Isto implica confrontar e superar a equipe entendida como somatória de ações específicas de cada profissional(...)” (SEHIG, 1990, p. 8).

O projeto de implantação apresentava esta forma de encarar o trabalho em equipe como uma contraposição ao modelo hegemônico segundo o qual, na equipe multiprofissional, cabia a cada técnico o desempenho de sua função específica (determinada pela formação profissional), buscando uma analogia com a figura de uma linha de montagem da doença cujo objetivo seria a cura, numa explícita crítica aos papéis codificados e a hierarquia rígida do modelo.

Desta forma, ressaltava a perspectiva de transformação do papel do técnico avançando na desconstrução do modelo dominante com vistas à construção de um Modelo com uma nova organização. Definia esta construção como *“(...) pouco hierarquizada, que buscava dialetizar os pólos de contradição: democracia e diretiz; necessidade de discussão e agilidade de resposta; liberdade e responsabilidade” (SEHIG, 1990, p. 8).*

O modo de encarar o processo de estruturação do modelo preconizado no projeto inicial deixava antever a importância do fluxo de informação e dos espaços de trocas entre

os profissionais da equipe. A perspectiva de uma organização que apontava para decisões coletivas também gerava contradições como as apontadas na citação acima.

Entretanto, o projeto inicial, nas diretrizes da dinâmica de funcionamento, definia o espaço das reuniões de equipe como a base da organização do trabalho. Estas, que deveriam acontecer com periodicidade diária, eram momentos de encontro para discussão do cotidiano institucional, mas também de questões de cunho mais geral, de caráter político, teórico etc. Essa estratégia era destacada como fundamental para o desenvolvimento do trabalho.

Paralelamente, o “livrão” era a forma de comunicação mais imediata. Diferente do livro de plantão médico, era descrito como um livro de uso coletivo da equipe, no qual eram registradas as rotinas, comunicações informais, tarefas a serem cumpridas, enfim, descrevia um pouco do andamento da casa, permitindo um encadeamento das ações de modo mais ágil.

A partir da descrição do projeto inicial do NAPS de Santos, foi possível apreender alguns aspectos da proposta de transformação do modelo assistencial. No entanto, mesmo tendo sido escrito após um ano da experiência, o projeto expunha as diretrizes gerais, sem a preocupação de sintetizar todas as questões que se apresentaram no processo. Sendo assim, a literatura produzida sobre essa estruturação e analisada adiante é enriquecedora, já que nos permite a compreensão mais aprofundada dos conceitos e uma percepção da dinâmica estabelecida.

5. DO IDEAL DA TEORIA AO INESPERADO DA PRÁTICA – o universo teórico-clínico dos serviços

Ao buscarmos caracterizar as experiências pioneiras na transformação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil, optamos por iniciar sua descrição pelos projetos de implantação, conforme discutido no capítulo anterior.

Comprendemos essas experiências enquanto processos que estavam em construção. Sendo assim, a apreensão dos conceitos e práticas efetivamente implementados teria um viés mais enriquecedor, com a inclusão das descrições a partir do olhar sobre o dia-a-dia dessas instituições e programas.

Este capítulo se propõe a trazer as discussões sobre o cotidiano das instituições, utilizando como material de análise as produções escritas sobre os serviços. A metodologia de análise obedece a uma divisão didática por categorias, que consideramos serem relevantes, pois se configuram nos alicerces teóricos e práticos dos projetos estudados e permitem a compreensão da lógica que orientava essas instituições. Esta tarefa é pertinente, já que os projetos de implantação, geralmente elaborados com um objetivo administrativo ou de afirmar uma política oficial, não tinham a preocupação de apresentar um detalhamento das unidades. As linhas gerais do trabalho já se encontravam traçadas, mas as questões cotidianas permaneciam pouco claras para um leitor que desejasse utilizar-se dessas experiências como contribuições para estruturar novos serviços.

Tendo em vista os atravessamentos das questões levantadas na complexidade da organização desses serviços, em alguns momentos os conteúdos das categorias podem se apresentar entrelaçados. Esta característica reflete as implicações de uma teoria em construção a partir de uma práxis, ou seja, o conceito geral sobre determinado tema é uma construção a partir de uma prática: o processo de trabalho cotidiano. E assim, ao abordar um conceito, nos deparamos com desdobramentos nas práticas adotadas em várias categorias elencadas no processo de análise do material.

5.1. CAPS Luiz Cerqueira – principais características

5.1.1. Clientela

Em seu projeto inicial, o CAPS define-se como um modelo para atendimento de uma clientela portadora de transtornos mentais graves. Goldberg (1992, p. 87-88) ressalta que nos dois anos iniciais eram atendidos quadros de dependência química e retardo mental. Entretanto, culminou com a circunscrição do universo de atuação aos pacientes com quadros mentais graves, sendo excluídos retardo mental, dependência química e quadros orgânicos. Esta demarcação de clientela a partir do diagnóstico aparentemente se contrapunha ao modelo já descrito, cuja principal singularidade, neste aspecto, seria o olhar voltado para o contexto de vida do sujeito em sofrimento psíquico.

No entanto, de acordo com Goldberg (1992), a partir da experiência do serviço com o atendimento de portadores dos quadros supracitados, percebeu-se uma inadequação da proposta em suprir as demandas terapêuticas dos casos em que a doença de base era a dependência química, o retardo mental ou os processos demenciais. Considerava-se que os primeiros demandavam uma abordagem diferenciada e balizamentos que a estrutura organizacional do CAPS não estava preparada para suprir. Além disso, as freqüentes situações de intoxicação, que, como parte esperada do tratamento da dependência química ocorriam nas dependências da unidade, geravam situações conflitantes com os outros usuários, acarretando conseqüências muitas vezes prejudiciais ao tratamento destes.

Outro ponto ressaltado era a atração exercida pelas substâncias psicoativas sobre os quadros graves dos usuários psicóticos, ou seja, observou-se maior facilidade do paciente psicótico em ceder ao uso das substâncias psicoativas oferecidas. Desta forma, o atendimento conjunto era cercado por um risco de agravar a situação dos clientes não dependentes químicos.

No que dizia respeito aos quadros orgânicos e ao retardo mental, a necessidade de uma estrutura também de caráter clínico e psicopedagógico não estaria contemplada na proposta organizacional do CAPS (Goldberg, 1992, p. 88).

O processo de discussão das experiências iniciais com essa clientela levou a equipe a caracterizar-se como estruturada especificamente para o trabalho com o campo da loucura. Goldberg (1992, p. 87) afirma, ao se referir à demarcação da clientela, que: “(...) a constituição desse objeto psicose implica um comprometimento quase exclusivo com a discussão da loucura, um investimento integral, exigindo reflexões e atitudes específicas”

Ratificando esta afirmativa, observamos nas descrições encontradas na bibliografia consultada uma unidade definida por uma estrutura organizacional voltada para essa problemática. Sendo assim, não estava contemplada uma proposta que abarcasse no CAPS demandas tão diferenciadas, apesar de todas serem também consideradas pertencentes ao campo da Saúde Mental. No entanto, pacientes psicóticos com co-morbidades nessas áreas eram incluídos no perfil de atendimento do serviço.

Considerando que Yasui (1989, p. 54) pontua que o usuário, para frequentar o CAPS, poderia estar “(...) *em crise ou fora dela* (...)”, nos remetemos então ao que significaria “estar em crise” e em seguida à discussão sobre o comprometimento da vida de relações da clientela que o CAPS se propunha a assistir. A pontuação de Yasui nos coloca a discussão do conceito de “crise” no Paradigma Psicossocial. Para Pitta (1994, p. 650), a crise se apresenta “(...) *como algo que rompe drasticamente o equilíbrio de vida do indivíduo*” e não restrita a uma agudização de sintomas delirantes-alucinatórios. Neste sentido, a clientela admitida poderia estar atravessando um destes momentos no seu percurso de vida.

Por outro lado, o sujeito que sofreu com processos de rupturas freqüentes, frutos de um adoecer psíquico, que teve como seqüela a perda de vínculos, a redução da capacidade contratual com a sociedade pode não estar em um processo de agudização, seja no sentido sintomatológico, seja na crise descrita acima. Entretanto, a gravidade, nesse modelo proposto, não é avaliada pelo viés tradicional da psiquiatria. Mesmo o fato de esse sujeito não representar um grave risco a ele próprio ou ao outro, realizar tarefas básicas como dormir, comer e tomar a medicação prescrita, não delirar ou alucinar, não implica considerá-lo estável e/ou “bem”. Poderia ser considerado enquanto um possível perfil para atendimento se o comprometimento de sua vida relacional demandasse uma atenção intensiva para o resgate de seus vínculos, ou seja, que o sujeito tenha sofrido uma ruptura drástica do seu equilíbrio de vida.

Além disto, Goldberg (1998, p. 28) destaca que “*esta população era dificilmente assimilável à estratégia dos atendimentos em escala e padronizados*”. Havia a intencionalidade de trabalhar com projetos singulares a cada caso e esta perspectiva implicava a impossibilidade de atendimentos massificados. O autor ressalta que o projeto se propunha, assim, a assistir casos limites de psicose e neuroses graves (Goldberg, 1998, p. 18).

Na sua discussão sobre os transtornos mentais graves Goldberg (1998) detalha alguns critérios de gravidade e destaca que não há um perfil classificatório muito claro se pensarmos em categorias diagnósticas. Define esta clientela como não apenas de psicóticos mas aquela que demandaria cuidados mais amplos e por longos períodos. Como critérios de gravidade ressalta:

“1. os sintomas: delírios, alucinações, agitações, autismo; 2. retraimento social(...); 3. em alguns casos, a incapacidade de gerir a existência cotidiana; 4. o empobrecimento drástico do cotidiano do paciente(...); 5. sofrimento mental insuportável” (Goldberg, 1998, p. 104).

Pitta (1994, p. 647), por sua vez, descreve a clientela típica, portadora de transtornos mentais graves: além dos psicóticos e neuróticos graves, as deficiências mentais moderadas. Considera também nestes quadros o que chama de desajustamento sócio-cultural e econômico que, segundo a autora, sempre acompanha os quadros da clientela referenciada ao CAPS. A autora não faz referência ao processo de redefinição do perfil da clientela que demarcava o campo da psicose e neurose grave.

Desta forma, no que diz respeito à clientela, observamos em todos as descrições uma prioridade ao atendimento de quadros graves em crise ou não, e alguma divergência em relação a determinadas categorias diagnósticas, como a dependência química e o retardo mental. Um aspecto consensual era a relevância conferida ao comprometimento da vida de relações quando avaliada a admissão ou não dos usuários no serviço.

Por fim, havia uma menção no projeto de implantação aos pacientes egressos de internação psiquiátrica os quais fariam parte da clientela alvo. No entanto, não há aprofundamento deste aspecto na bibliografia posterior ao início do funcionamento da unidade.

5.1.2. Pressupostos do modelo assistencial

Ao discutir o modelo assistencial implementado pelo CAPS Luiz Cerqueira, Yasui (1989, p. 53) ressalta que o mesmo *“desenvolia um trabalho qualitativamente distinto das práticas e dos modelos de atendimento realizados até então na rede pública de Saúde Mental”*.

Os conceitos adotados nessa experiência são importantes para a compreensão das práticas implementadas. Através da bibliografia consultada, são descritos a seguir àqueles considerados mais relevantes na caracterização de uma diferenciação à qual o projeto em discussão se propunha.

Uma das questões mais abordadas nas produções escritas, posteriores ao início do funcionamento do serviço, era como se posicionava esse dispositivo em relação ao modelo asilar, cuja principal intervenção é a internação psiquiátrica.

Observamos uma definição comum aos autores pesquisados sobre o tema (Yasui, 1989; Pitta, 1994; Goldberg, 1998 e 1989): o conceito de “estrutura intermediária”. Ou seja, se propunha, como descreve Goldberg (1998, p. 29), a ser uma *estrutura de passagem*. O autor acrescenta, em artigo (Goldberg, 1989, p. 38) citando Dameron *et al.*, que entende uma estrutura intermediária como:

“(...) qualquer criação de um conjunto comunitário em pequena escala, inserindo ao máximo na vida social e permitindo uma estadia transitória em todas as situações de ruptura, levando-se em conta que tais situações procedem de um desenraizamento originário; de uma estadia prolongada em instituição ou de uma crise transitória”.

Destinado aos egressos de internações psiquiátricas, os quais necessitariam de tratamento por períodos variáveis de tempo, funcionaria como preparação para a vida em comunidade e o seguimento ambulatorial. O CAPS Luiz Cerqueira estava assim inserido em um modelo hierarquizado por sua própria definição, apesar de discutir ser um modelo de assistência centrado em uma atenção integral ao sujeito portador de sofrimento psíquico grave.

Ao pontuar que o paciente permaneceria na unidade até adquirir condições clínicas estáveis, sendo então referenciado a “*continuar o tratamento definitivo*” em equipamentos com características ambulatoriais (Goldberg, 1998, p. 29), reforçaria a noção de uma hierarquização do modelo em discussão. A própria inserção do CAPS na rede de Saúde Mental local nos aponta o lugar por ele ocupado no sistema. A partir de um grau decrescente de gravidade, o indivíduo seria encaminhado para: hospital psiquiátrico > estrutura intermediária > ambulatório de saúde mental > unidade básica de saúde.

Goldberg (1998, p. 28) acrescenta ainda que a caracterização de estrutura intermediária balizou por longo tempo a atuação do serviço. No entanto, pontua que, no

momento da adoção desta conceituação, a equipe não possuía uma noção clara do que constituiria a singularidade do modelo. Não se posicionava internamente como tal e por consequência não refletia externamente uma proposta de mudança mais radical.

Efetivamente a política de saúde mental que vinha sendo implementada não apontava para o fim da utilização do hospital psiquiátrico. Sendo assim, o CAPS não se caracterizava como um modelo substitutivo, apesar de as ações descritas serem voltadas para uma priorização da assistência extra-hospitalar.

Pitta (1994, p. 649) aborda a questão da “estrutura de passagem” por um outro enfoque. A partir da concepção de Reabilitação Psicossocial, a autora ressalta a importância do caráter “*não permanente*” desses dispositivos como uma das formas de evitar a institucionalização. Ou seja, não havia inicialmente a perspectiva de o CAPS ser um local definitivo para o tratamento do sujeito; o objetivo seria criar condições para a inserção deste em dispositivos de tratamento de cuidados menos intensivos. Deste modo, visava não a reproduzir a relação de dependência que ocorre no dispositivo asilar. A perspectiva de retorno ao convívio familiar e laborativo, ressalta a autora, é facilitada quando se considera aquele dispositivo como de passagem.

Quando pontuamos este aspecto, buscamos analisar o que uma proposta de transformação do modelo traz de novo em relação ao anterior. A organização hierárquica, por grau de complexidade da doença, é um dos pontos centrais no modelo assistencial tradicional que o novo paradigma busca romper.

Em sua constituição, o Centro de Atenção Psicossocial apontava para o cuidado com pessoas portadoras de transtornos mentais graves e isto não significava apenas um diagnóstico, uma patologia de sintomatologia mais danosa. A classificação envolvia vários aspectos da vida de relações do sujeito (anteriormente já foi descrito o que era considerado como transtornos mentais graves). Por consequência, as propostas de intervenção contemplavam matizes diversos. Goldberg (1998, p. 99) destaca que:

“(...) as estratégias de tratamento deveriam transbordar para todas as esferas de vida dos usuários. A vida cotidiana na instituição e fora dela deveria merecer atenção técnica aguçada em face desse grupo com transtornos mentais graves (...) os problemas submergem todos os seus espaços de vida e por isso requerem um amplo foco cultural”.

Em outro momento, ressalta sobre o papel da instituição:

“(...) instituição como referência contínua para o paciente e sua família, garantindo o re-endereçamento constante do paciente a um mesmo núcleo responsável por seu tratamento para uma continuidade do processo” (Goldberg, 1998, p. 45).

Sendo assim, a descrição dessa clínica não coaduna com a proposição de uma estrutura de caráter transitório, no sentido de referência do paciente a um outro local onde manteria um tratamento psiquiátrico. O entrelaçamento instituição/paciente segue além do contato institucional e este *modus operandi* é buscado como um pressuposto da clínica exercida.

Nesta perspectiva, o CAPS se constituiu como um instrumento facilitador do contato social. Alguns se manteriam por longos períodos demandando esse acolhimento, para estabelecer trocas mínimas com a comunidade. Por outro lado, encontraremos os que gradativamente alçariam vôos cada vez mais ousados. O trabalho assistido, a residência protegida e o acompanhamento terapêutico são recursos desenvolvidos a partir dos CAPS que estreitam uma ligação continente, sem que seja necessariamente dependente. A relativização da transitoriedade de modo singular para cada sujeito em tratamento seria uma prática mais adequada à proposição do Paradigma Psicossocial.

Na caracterização de Yasui (1989, p. 53), o CAPS se constituía em um “espaço de referência para o usuário – lugar para ir, encontrar pessoas, desenvolver alguma atividade, conversar, tomar um lanche, tomar o remédio e ir para casa”. Pensar então sobre de que forma o paciente se desvincularia de um tratamento neste espaço perpassasse uma noção diferente de uma “alta” mas talvez nos remetesse a formas diferenciadas de “estar” nesta unidade.

Acreditamos ser importante ressaltar neste tópico a forma de compreensão do CAPS Luiz Cerqueira no que diz respeito à reabilitação e ao tratamento. Apesar de haver apenas uma referência (que não explicitava qual o conceito adotado) no projeto de implantação do tema, esta discussão é relevante na proposta de Atenção Psicossocial.

De acordo com Pitta (1994, p. 649), *“(...) os Centros de Atenção Psicossocial estariam voltados prioritariamente ao desenvolvimento de programas de Reabilitação Psicossocial”*. Desta forma, recorre à conceituação de Saraceno *et al.* (1997), em que a reabilitação é colocada como:

“(...) um processo que determina o aumento da capacidade do usuário de utilizar oportunidades e recursos, num percurso que faça crescer sua contratualidade psicológica e social, construindo o direito pleno de cidadania e a constituição material de tal direito” (Pitta, 1994, p. 649).

A discussão dos limites entre o tratamento e a reabilitação não se coloca enquanto uma questão, nas produções estudadas, para o modelo que vinha sendo desenvolvido no CAPS Luiz Cerqueira. Nesta concepção, o aumento da contratualidade social dos indivíduos perpassa necessariamente os dois espaços. Goldberg (1992), quanto a este assunto, pontua que o tratamento e a reabilitação ocorriam no mesmo espaço.

Conforme será detalhado adiante, a organização interna do CAPS se dava por subdivisões em núcleos que desenvolviam projetos específicos. Além disso, contava com a Associação Franco Basaglia (AFB), que passou a reunir profissionais, usuários, famílias e pessoas afins ao projeto. Deste modo, o autor (Goldberg, 1992) destaca que o Núcleo de Projetos especiais, juntamente com a AFB, davam ênfase à Reabilitação Psicossocial, enquanto o CAPS se delimitava como uma instância de tratamento. No entanto, como poderemos perceber na estrutura de funcionamento do serviço, tais delimitações constituíam uma teia entrelaçada em diversos momentos do projeto terapêutico de um mesmo indivíduo.

No que diz respeito ao olhar sobre a doença, o projeto estudado concebia as categorias da doença como estratégia para aceder à especificidade dos casos (Goldberg, 1992). O desvendar a doença/diagnóstico não era, como descreve, uma finalidade. A constituição do processo de adoecimento de cada sujeito era o real foco de problematização. Sendo assim, a estratégia terapêutica era voltada para uma visão de processo de tratamento. Esta afirmação tem como conseqüência o repensar das finalidades que superam o conceito de uma “cura” reconhecida tradicionalmente como o “fim de uma doença”. De acordo com Goldberg (1992, p. 109):

“(...) não se privilegia um momento abstrato e hipotético de cura, mas todo o processo de trato com a doença, como campo propício à reinserção do paciente na condição humana, na vida civil e, sobretudo, como campo propício ao reconhecimento de sua identidade social”.

Um aspecto importante da constituição do CAPS Luiz Cerqueira era a preocupação com a produção de um conhecimento sobre a Atenção Psicossocial. As formas de

organização de serviços com este perfil, a clínica instituída e a formação de um profissional voltado para este paradigma permeavam as reflexões que o serviço se propunha a realizar.

A constituição de um campo teórico-prático com a produção de um saber transformador a partir da teorização sobre as práticas implementadas era um matiz privilegiado no rompimento com o modelo hegemônico de assistência em Saúde Mental, o modelo hospitalocêntrico.

Por fim, o projeto de implantação, conforme descrito em seus objetivos, apontava para a preocupação em sistematizar práticas de atenção a uma clientela portadora de graves transtornos, com vistas à ampliação de um processo de desinstitucionalização e desospitalização. Observamos, entretanto, que devido ao papel pontual que essa experiência desempenhava na rede pública, não havia uma política elaborada de ação sobre a clientela de longa permanência ainda internada em instituição psiquiátrica, no sentido de sua desospitalização e desinstitucionalização. Apesar da possibilidade de continência desse espaço para o tratamento dessa população, o tema não integrava as discussões na bibliografia.

5.1.3. Espaço arquitetônico

De acordo com Yasui (1999), o CAPS Luis Cerqueira se localizava a uma quadra da Avenida Paulista (centro financeiro e empresarial de São Paulo). Um casarão antigo com cerca de 700 metros quadrados, trinta cômodos, com três pavimentos (térreo, primeiro andar e pavimento inferior). Além disso, havia um jardim e espaço para estacionamento. Apesar de não ter sido destacado nas descrições do projeto como uma questão, acreditamos ser importante dissertar sobre o espaço onde essa unidade se estabeleceu.

A proposta de transformação do modelo assistencial tradicional, ao buscar a construção de um modelo que permitisse um olhar diferenciado sobre os portadores de transtornos mentais graves, se volta também para a desconstrução de valores e conceitos. A questão do espaço arquitetônico está diretamente vinculada a sua expressão. Ao realizar um levantamento das descrições do CAPS Luiz Cerqueira, um dos pontos que chamaram nossa atenção foi a referência ao serviço como “a casa”. Isto reflete uma noção de maior proximidade, ou melhor, intimidade. Deste modo, se coloca de forma radicalmente distinta das propostas impessoais dos espaços dos grandes ambulatórios e hospícios.

A tônica dos modelos tradicionais são ambulatórios com corredores infindáveis, ladeados por bancos de madeira ou concreto, pinturas de cores sóbrias e uma imposição tácita das filas sentadas ou de pé. De forma alguma oferecem a ambiência de acolhimento que demandam as pessoas que ali se encontram em sofrimento.

Da mesma forma, os hospitais buscam a transposição de um ambiente asséptico (o que raramente significa higiene e limpeza). Nessas instituições, em geral encontramos enfermarias sombrias, de cores escuras para esconder a sujeira das paredes e compostas de camas padronizadas, salas de estar com velhas revistas rasgadas e uma televisão que gera torcicolo em todos os que se permitem assisti-la por mais que alguns minutos, tal a altura que foi instalada.

Todos esses detalhes demonstram uma despreocupação com a singularidade da clientela, com o “aconchego” que determina o sentir-se acolhido e apto para desenvolver com o lugar algum tipo de vinculação afetiva.

A “casa” se apresenta enquanto o local propício da territorialidade, compreendida enquanto o lugar do pertencimento. O espaço arquitetônico é o componente concreto que se associa ao componente simbólico do trabalho com a psicose. A sensibilidade dos pacientes aos espaços que os envolvem determinam a importância deste aspecto na construção do território de cada um. Pitta (1994, p. 648) define a noção de território: “(...) *território ou espaço apropriado, familiar, organizado, doméstico que traz um sentimento de segurança capaz de proteger-nos de qualquer ameaça*”.

Desta forma, ressalta que a construção dessa clínica perpassa pela condição de possibilidade da organização do espaço e tempo buscando proporcionar encontros. Uma casa aconchegante, com alguns móveis, é encarada pela autora como um dos disparadores do processo (Pitta, 1994).

A escolha de uma casa para sediar o projeto de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental contempla, ao menos potencialmente, a afirmação acima. Aponta para a possibilidade de criação de um lugar de acolhimento facilitado por uma arquitetura que pressupõe uma ambiência afetiva. É óbvio que a edificação (o que há de concreto nela) não se transpõe de forma automática nessa forma de exercício da clínica. Entretanto, constitui efetivamente fator relevante, quando nos reportamos ao “duplo” do termo casa e consideramos o que representa este elemento simbólico.

5.1.4. Cotidiano da atenção

Um diferencial importante da proposta do CAPS em relação ao que denominamos modelo tradicional era percebido na sua dinâmica de funcionamento. Propunha-se funcionamento diário, inicialmente realizado no período da manhã (das 8 às 12 horas) e após um ano de inaugurado, passou ao atendimento das 8 às 17 horas.

Yasui (1989) e Goldberg (1992) sinalizam as discussões internas em torno de uma ampliação do horário de funcionamento da unidade, seja para um terceiro turno ou para o funcionamento 24 horas, com a possibilidade de atendimento de crises em horário noturno e finais de semana.

A discussão surgiu logo nos primeiros anos de funcionamento do CAPS. Em consequência de crises que ocorriam no final do dia ou mesmo de situações de conflito familiar que impossibilitavam o retorno do usuário ao lar, a equipe tinha grande dificuldade em lidar com elas: a falta de uma estrutura física e técnica impedia um suporte mais efetivo, principalmente no segundo caso. A opção da internação, muitas das vezes, poderia ter sido descartada, pois o serviço teria uma estrutura de acolhimento noturno por curtos períodos.

A preocupação com uma flexibilização de horários permitindo acesso mais abrangente aos usuários apontava para um modelo de acolhimento que considerava a complexidade dos quadros que se propunha a acompanhar.

O atendimento incluía o fornecimento de refeições e lanche. Do ponto de vista terapêutico, a alimentação não se restringia a um momento burocrático de aplacar a fome, mas caracterizava-se como um momento de encontro. Mesmo o horário de lanche configurava um balizamento na rotina da casa. Era o momento no qual técnicos e usuários se reuniam, onde surgiam situações que sinalizavam aos primeiros a necessidades de intervenções clínicas ou apenas um momento de convívio cordial entre todos (Goldberg, 1998).

Um ponto singular a ser levantado é como era abordada a questão da possibilidade de ir e vir do usuário no serviço. A manutenção da porta de saída permanentemente aberta foi fruto de uma discussão da equipe, a partir do questionamento dos usuários.

A noção da tutela sobre os pacientes assistidos é bastante comum nos hospícios. A responsabilidade no caso de que haja “fuga” é sempre um fantasma nessas equipes. No processo de discussão, foi repensada esta atitude e assumiu-se ser necessária a

responsabilização do usuário com seu tratamento e que isto não aconteceria às custas de mantê-lo à força no serviço. Deste modo, acordou-se a permanência da porta aberta, exceto em casos excepcionais de usuários em crise. Nestes momentos, a porta poderia ser fechada, mas alguém estaria designado permanentemente para abri-la se algum outro usuário desejasse sair.

Quanto à admissão, a entrevista inicial ocorria com dois profissionais e podia ser estendida a vários encontros, até a definição do melhor encaminhamento. Este movimento se dava em momentos nos quais não era possível traçar um perfil da situação apresentada no primeiro contato. Havia necessidade de alguns outros atendimentos, até que se pudesse compreender a dinâmica do quadro em questão, definir a melhor estratégia terapêutica e o dispositivo mais adequado. As entrevistas realizavam-se em grupos de até cinco pacientes e familiares (Goldberg, 1998, p. 16).

Em um primeiro momento do CAPS, havia necessariamente um médico na entrevista inicial, mas após a reorganização do serviço, a triagem passou a ser realizada com um revezamento de técnicos, independentemente da formação profissional. A mudança refletia a compreensão da equipe de que a análise situacional não passaria necessariamente pela intervenção médica específica e, mais que isso, apontava para uma tentativa de rompimento com o modelo centrado na figura do médico. Buscava-se ampliar a noção da interdisciplinaridade e valorizar as contribuições que a diversidade de olhares poderia trazer.

Após avaliação do quadro, o usuário era inserido na dinâmica do serviço, através de um contrato terapêutico. Era estabelecido um contrato com o paciente (geralmente com frequência diária) e atendimento esporádico da família. Na primeira vez em que o usuário chegava para freqüentar a unidade, era acolhido em um grupo de recepção, no qual também estavam presentes usuários, já em tratamento, e estagiários da instituição. Iniciava-se, em geral, no começo da semana.

Goldberg (1992) refere que esse momento permitia a aproximação mais estreita entre os freqüentadores e o recém-chegado. Havia uma atenção diferenciada para este, com eventual deslocamento de um técnico para acompanhá-lo.

O engajamento do usuário ao serviço no decorrer de sua inserção se dava a partir da estruturação de encaminhamentos específicos para os espaços terapêuticos da casa, discutidos em reunião dos profissionais que lidavam com o paciente (Goldberg, 1992). O

profissional designado para acompanhar o percurso do paciente na instituição era denominado de “referência”. Este cumpria a função de ser o elo para o paciente e a família na instituição. O profissional que exerceria a função de referência era definido ainda no período de admissão e durava pelo tempo que o paciente ali estivesse em tratamento.

Esta função de “técnico de referência” se constituiu numa inovação desse modelo assistencial. Não havia uma formação profissional específica exigida para o desempenho desta atribuição. Em geral, era a pessoa que melhor vínculo desenvolvia com o usuário e estava incumbido de acompanhar o percurso do mesmo na instituição. Deste modo, rediscutia os contratos terapêuticos, informava-se sobre a frequência ou ausências do usuário, contactava a família, estava atento às transformações positivas e/ou negativas no processo terapêutico, levantava nas reuniões técnicas questões referentes à condução do caso.

Interessante é o fato de que ser técnico de referência não implicava ser o terapeuta individual, no sentido mais conhecido do termo (sessões de psicoterapia regulares). Entretanto, não excluía esta possibilidade. Tal atribuição permitia ao usuário ser olhado de forma singularizada por todo o tempo que durasse seu tratamento. No que diz respeito ao ponto de vista do usuário, havia referência estabelecida para a qual poderia direcionar suas demandas diversas a qualquer tempo. O continente institucional demonstrava seu caráter dialético de olhar individualmente para cada usuário, apesar de considerar o valor terapêutico do coletivo, intervindo em ambas as direções (Goldberg, 1998, p. 35).

Uma preocupação com o contexto socioeconômico pode ser presumida a partir da possibilidade do fornecimento de passes para o transporte diário. Era um obstáculo para a adesão ao tratamento o fato de muitos clientes não terem condições de arcar com as despesas de transporte e este fator seria encarado como parte do suporte clínico necessário ao acompanhamento dos casos (Goldberg, 1992, p. 89).

Goldberg (1992, p. 91) descreve que os espaços de intervenção eram privilegiados pelos grupos: verbais, de terapia ocupacional. Além destes, também eram oferecidos atendimentos individuais. As atividades diversificadas não configuravam compulsoriedade da participação do paciente. O horário de repouso era tolerado mesmo durante o período das atividades.

Ainda de acordo com Goldberg (1992, p. 16), havia a compreensão de um caráter terapêutico das rotinas e horários bem estabelecidos. A noção da importância estratégica

dessas ações adivinha do conceito de cotidiano. Esta concepção considerava que a estrutura de repetições possibilitava uma contínua organização dos mundos de vida dos portadores de transtornos graves e, desta forma, potencializava a superação do dilaceramento psíquico do qual foram acometidos.

Aconteciam eventos coletivos diários, como o café da manhã e o lanche, além das oficinas. Os horários da medicação seguiam uma rotina na casa, e o mesmo autor (1992, p. 36) ressalta que eram um balizamento no dia-a-dia dos usuários, tal qual as refeições.

Cabe pontuar que a administração da medicação era compreendida como um ato terapêutico. Não era encarada pela equipe como um ato automatizado de fornecer ou obrigar o usuário a ingeri-la. Do mesmo modo, sua administração não estava designada a um técnico de determinada área de atuação profissional, conforme ocorre com os auxiliares de enfermagem nos hospícios.

Na perspectiva de que a medicação se configurava enquanto parte de um cuidado, tanto da equipe com o usuário quanto deste com ele próprio, a abordagem desse momento se estruturava como uma intervenção terapêutica para além da ação farmacológica do medicamento. A discussão implicou sua transformação em trabalho personalizado, levando em conta a história de vida dos pacientes e as orientações acordadas coletivamente. A intolerância ao mesmo era abordada como uma questão da clínica e trabalhada não apenas pelo médico e/ou enfermeiro, mas pelo profissional com o qual o paciente possuísse maior vínculo (geralmente o técnico de referência).

Yasui (1989, p. 58) enumera a programação das atividades semanais abertas e faz referência à jardinagem, aos passeios, ao esporte, à expressão corporal. As atividades desenvolvidas na unidade eram diversificadas e não se restringiam às citadas acima. Eram elaboradas por técnicos da equipe ou propostas pelos usuários. Sua aprovação para implementação ocorria nas reuniões gerais (descritas posteriormente) e eram coordenadas por técnicos ou monitores da equipe com habilidades afins às atividades desenvolvidas.

Durante os primeiros anos de funcionamento, as oficinas diárias restringiam-se a uma rotina com atividades predefinidas, nas quais os usuários se inseriam de acordo com seu contrato. O objetivo destas atividades era promover momentos de encontro e, desta forma, incentivar uma comunicação possível a cada sujeito. Através dessas estratégias, suscitavam espaços de reconstrução das trajetórias de vida.

Goldberg (1998) descreve que aquela organização de atividades, ao final dos dois primeiros anos, foi rediscutida sendo criado o espaço da “sala aberta”. Tratava-se de uma sala de atividades, permanentemente aberta, onde estariam disponíveis materiais diversos para pintura, argila, tapeçaria, entre outros, ou que poderia ser utilizada apenas para conversar. Havia um técnico de apoio disponível durante todo o período de funcionamento.

A mudança na organização deveu-se, como justifica Goldberg (1998, p. 38), a uma reformulação de perspectiva do trabalho clínico, no qual o tratamento passou a ser considerado como uma dinâmica. Esta noção implicava um tratamento continuamente redesenhado pelo indivíduo em interação com a instituição.

O processo não era encarado como uma intervenção unilateral a partir da valorização hipertrofiada de um desempenho técnico. A sala aberta configurava um espaço de intervenção “também técnica” mas que permitia acontecer o movimento de cada usuário em direção a uma construção de significados, a partir de sua própria dinâmica de escolhas, sem predefinições. Obviamente esse espaço não era obrigatório, ou mesmo freqüentado por todos. Inseria-se enquanto mais uma oferta de acolhimento possível.

A rotina da unidade contemplava reuniões regulares que envolviam técnicos e usuários. Havia a preocupação com a comunicação, não apenas em relação à condução da clínica pela equipe mas também com o fluxo de informações que permitissem maior engajamento do usuário na dinâmica da “casa” e, por conseqüência, em seu tratamento. Como:

- assembléias – envolviam todos os presentes na unidade;
- reuniões de mini-equipes – envolviam uma parcela de técnicos responsável por um grupo de usuários;
- reunião equipe técnica – envolvia os profissionais de nível superior;
- reunião dos profissionais – envolvia todos os profissionais do CAPS.

As reuniões ocorriam semanalmente, exceto a dos profissionais, que ocorriam mensalmente, sendo os espaços de discussão dos casos clínicos e tomada de decisões, revisão das estratégias de tratamento e de questões operacionais referentes ao andamento do serviço.

A assembléia, chamada reunião geral, era um espaço de participação coletiva e constituía um espaço de reivindicações, sugestão de novos projetos (por profissionais e

usuários), aprovação de projetos discutidos, informes sobre as rotinas da casa e dos profissionais, discussão de questões referentes ao calendário, atividades e outros.

De acordo com Goldberg (1992), a reunião era o momento central da estruturação de todas as atividades do CAPS. Esse espaço foi adquirindo esta configuração processualmente. A redefinição do caráter de intervenção do usuário na estruturação do projeto em curso, que em última análise seria a sua participação concreta na dinâmica de seu tratamento, permitia uma reelaboração das deliberações possíveis àquele espaço.

Um dos desdobramentos do processo de discussão foi a formulação do projeto de trabalho, como a cozinha, marcenaria e máquina fotocopadora. Este foi um desdobramento das inquietações trazidas pelos usuários com possibilidade de saída da unidade e o desejo de manter uma vinculação através de uma atividade qualificada e reconhecida. Após sua implementação, o projeto não apenas manteve este viés, mas foi ampliado, constituindo-se como fundamental nas intervenções terapêuticas do serviço.

A partir da necessidade de viabilizar financeiramente estes projetos, foi constituída a Associação Franco Basaglia. A mesma englobava como sócios efetivos técnicos, usuários, familiares, pessoal de apoio e outros interessados (Goldberg, 1998, p. 68). A proposta inicial de captação de recursos culminou por assumir perspectivas mais amplas, que englobavam projetos na área da Reabilitação Psicossocial.

Destes, o projeto de trabalho foi o mais efetivamente concretizado. A associação passou a desempenhar a função de repasse de recursos para projetos que a SES-SP não podia assumir, espaço de socialização e promoção cultural, além de também elaborar projetos de interesse da clientela, tais como o projeto moradia e de formação de “acompanhantes terapêuticos”. A AFB atuava em parceria com o Núcleo de Projetos Especiais, que era uma das subdivisões da equipe do CAPS Luiz Cerqueira.

Uma das singularidades observadas deve-se à relação da instituição com os familiares. Frequentemente, nos serviços de Saúde Mental, a participação da família dos pacientes é deveras complexa. Não faz parte do senso comum dessa população que o tratamento do transtorno mental de um de seus entes necessariamente os inclua. Sendo assim, a regularidade nas reuniões de família ou mesmo os compromissos terapêuticos são ignorados ou encarados como mais um fardo dentre tantos problemas, como é conviver com um portador de transtorno mental. No estudo deste aspecto, no CAPS Luiz Cerqueira observamos que, apesar de existirem situações como as descritas acima, um importante

quantitativo de familiares poderia ser considerado como engajado na construção do projeto da unidade. Desta forma, existia uma organização das pessoas que resultava em encontros regulares para discussão dos problemas comuns a todos. A solidariedade que se estabeleceu permitia que essas famílias também se constituíssem em instrumentos terapêuticos do serviço.

Goldberg (1998) descreve situações nas quais o contato com famílias resistentes em participar foi feito através de familiares de outros usuários, ou episódios em que um familiar, ao viajar, leva consigo também outros usuários. Alguns dos projetos especiais da unidade incluem encontros sociais das famílias nos fins de semana para trocas de experiências e vários participam ativamente da Associação Franco Basaglia. Estes exemplos, que aparentemente não são casos isolados, nos trazem a noção de que foi estabelecida uma ponte solidária entre essas famílias, a partir do compromisso da construção de um modelo de assistência no qual estes se sentem como parte ativa, e são autorizados a tal.

Cabe descrever, em relação à dinâmica de funcionamento, que a equipe do CAPS, visando a uma melhor operacionalização das ações clínicas, subdividiu-se em núcleos. Estes eram constituídos pelos técnicos da equipe, de acordo com suas inclinações, sendo possível a participação de um técnico em vários núcleos. Todas as atividades desempenhadas no serviço que envolvessem a clientela estariam subordinadas a um desses núcleos.

Esta estratégia, além de evitar uma sobrecarga de atividades para o conjunto da equipe, facilitava o encaminhamento dos projetos de uma forma mais ágil. A saber, eram os seguintes os núcleos constituídos:

- 1 - Núcleo Terapêutico;
- 2 - Núcleo de Projetos Especiais;
- 3 - Núcleo de Ensino e Pesquisa.

O Núcleo Terapêutico era o responsável pela atenção clínica ao paciente, ou melhor, ao cuidado diário através dos contratos, referências, família, dinâmica na casa entre outros.

O Núcleo de Projetos Especiais, segundo Pitta (1994), era responsável pelos projetos dirigidos aos usuários que “esgotavam seu tratamento” e necessitavam construir

um suporte externo para suas vidas. De certo modo, poderíamos qualificar essas ações como mais voltadas para um viés de reabilitação psicossocial. Incluía o projeto de trabalho, moradia e também o acompanhamento terapêutico que aconteceu por um período. Desenvolvia muitas de suas ações em cooperação com a AFB.

O Núcleo de Ensino e Pesquisa contemplava o viés teórico da unidade, em que havia preocupação com a formação de profissionais voltados para o Paradigma Psicossocial, além da construção de um processo de avaliação contínua do trabalho que se desenvolvia. A questão da produção de uma teoria embasada na prática implementada se colocava como desafio para a equipe que tentava desenvolver um modo diferenciado de cuidar dos portadores de Transtornos Mentais Graves. Este núcleo era o responsável, de acordo com Pitta (1994), por três ações principais, quais sejam:

- 1 - práticas ligadas ao aprofundamento científico e formação de terapeutas e agentes de saúde;
- 2 - práticas ligadas ao intercâmbio com outras instituições e/ou profissionais;
- 3 - práticas atuais ligadas ao ensino/formação e projetos de pesquisa de profissionais e estudantes da comunidade.

Cabe ressaltar dois projetos importantes que foram desenvolvidos: o de pesquisa de satisfação dos usuários, com financiamento do Banco Mundial em parceria com a USP, e também o intercâmbio com a mesma universidade.

5.1.5. Equipe

De acordo com Pitta (1994, p. 648), para iniciar um trabalho em um Centro de Atenção Psicossocial, seria necessário *“uma casa aconchegante, móveis, alguns materiais para se ter o que fazer e ‘uma equipe fortemente engajada para fazer acontecer este tempo e espaço’”*. Neste aspecto, enfatiza o papel determinante que a equipe desempenha nesse modelo de atenção. O referencial teórico, as noções de saúde e doença são determinantes na implementação das intervenções no Paradigma Psicossocial.

Um aspecto peculiar da equipe do CAPS era a composição de categorias profissionais observada. Esta, de acordo com Yasui (1999, p. 180), foi constituída por profissionais experientes na rede pública que optaram por serem lotados nessa unidade. O movimento foi consequência das mudanças políticas nos níveis de decisão do governo de

São Paulo no período de constituição do CAPS Luiz Cerqueira, conforme já descrito. Profissionais com um referencial pautado nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica optaram por serem transferidos para a unidade, atraídos pela possibilidade de construção de um novo modelo assistencial. Cabe ressaltar que muitos foram obrigados a encerrar os trabalhos que desenvolviam em outras unidades, em decorrência da pressão de direções nomeadas por um governo não comprometido com a proposta de transformação da assistência em Saúde Mental que vinha sendo desenvolvida até então.

Se, por um lado, havia profissionais experientes, como descreve Yasui (1989), por outro, Goldberg (1992) pontua que outro quantitativo era composto de pessoas da extinta Divisão de Ambulatórios, sem qualquer experiência com essa clientela (ocupavam até então cargos de supervisão, gerenciamento e administrativos). Nos primeiros meses foi realizada uma capacitação ministrada pelo grupo com maior experiência.

Resgatamos o fato, já pontuado, de que também faziam parte da equipe pessoas com habilidades não técnicas da área de saúde, os quais atuavam como monitores de atividades. Uma diversidade de técnicos, com experiências profissionais variadas, visões de mundo muitas vezes divergentes e histórias de vida obviamente distintas... Surge automaticamente a questão de como se equacionava a condução da dinâmica institucional e de projetos terapêuticos que a princípio pressupõem uma unidade de ação.

O aspecto dinâmico de constituição do “novo” modelo assistencial perpassava por um contínuo repensar das práticas e pactuar novos acordos coletivos. Neste processo, descreve Goldberg (1998), a composição da equipe sofreu diversas mudanças, resultando também na saída de profissionais insatisfeitos com os rumos do projeto e chegada de outros. Sendo assim, podemos pensar em um processo cotidiano de construção de um coletivo.

A estruturação do ambiente institucional do modelo assistencial em construção é atribuída, pelo autor, ao processo vivido pela equipe profissional. Defende a noção que a coesão desta e a constituição do coletivo é um “resultar” e não estabelecido *a priori* (Goldberg, 1998, p. 64), ao se referir à noção de que a escolha de determinados profissionais determinaria o bom ou mau funcionamento de uma equipe (a idéia ilusória do *dream team*).

A construção de um objeto para além do conhecimento específico de cada técnico é o que caracterizaria a interdisciplinaridade buscada em um CAPS. Sendo assim, não é difícil

imaginar que o entrelaçamento de visões distintas gera conflitos, mas também permite alinhar de estratégias baseadas em pactuações do grupo. A clínica que vai se desenvolver e conseqüentemente dar o ritmo da vida institucional é fruto dessa dinâmica.

Do mesmo modo, a coesão citada pelo autor é necessariamente construída no processo de entrecruzamento de olhares sobre o objeto desta clínica – o indivíduo. A coesão é assim o *a priori* da formação do Coletivo (não significando que em um grupo coeso não haja divergências). Este é determinante na forma do acolhimento institucional. Como cita Goldberg (1998, p. 128), “(...) *a forma do acolhimento é uma espécie de imagem projetada de uma estrutura profunda do coletivo*”. A equipe é um dos atores principais dessa configuração.

No CAPS Luiz Cerqueira, o autor descreve que o “processo de amadurecimento” da equipe foi permitindo o delineamento do modelo assistencial. Ou melhor, o percurso conjunto da equipe técnica do CAPS, com o tempo, permitiu a constituição da possibilidade de negociações e o estabelecimento de consensos viabilizando a efetiva elaboração de um projeto de transformação. Inicialmente a incorporação dos conceitos e valores dessa proposta não se efetivava pela dificuldade em definir entre a própria equipe o que se esperava do projeto. Sendo assim, a partir das discussões do grupo, as estratégias terapêuticas foram sendo reelaboradas, permitindo uma noção do caráter processual, dinâmico do modelo. Descreve como produto desse amadurecimento uma valorização das terapias grupais e projetos de natureza coletiva (Goldberg, 1998, p. 70).

No que diz respeito à caracterização da equipe, destaca-se a conceituação de uma “equipe de cuidados”, denominada pelo seu sentido de acolhimento. O autor explicita: “(...) *esta equipe de cuidados repercute um ambiente trespassado pela heterogeneidade cultural, e que lida com este fenômeno por sua vez marcado por uma densidade cultural como é a doença*” (Goldberg, 1998, p. 65).

Referindo-se ao motivo da utilização do termo *cuidado*, o autor levanta a noção não prescritiva deste, sem predefinições de intervenções, o que não ocorreria com a interdisciplinaridade, por exemplo. Compreendia o cuidado como um termo mais holístico que contém um espectro variado de possibilidades. Este termo definiria uma atuação com vistas à atenção integral do indivíduo em tratamento. Implica a noção de uma diversidade de instrumentos, dos quais a equipe poderia lançar mão para encaminhar as situações que se apresentassem.

No que diz respeito à operacionalização destes conceitos, havia uma organização institucional priorizando espaços de trocas do grupo. O cotidiano da unidade era permeado por espaços para o encontro entre os profissionais, formalizados nas reuniões já citadas. Estas eram realizadas regularmente e, apesar de serem em grande número, cada qual cumpria funções específicas que aparentemente eram complementares.

Apesar de não fazer parte do projeto inicial, a reunião de supervisão desempenhou papel fundamental na constituição da coesão do grupo. Era compreendida como um espaço de construção e desconstrução de concepções individuais e de equipe. Dentre os temas das reuniões profissionais estava o desempenho geral do trabalho na instituição.

A compreensão da necessidade de manter análise contínua do que se implementava era a alavanca propulsora das discussões. Um processo de avaliação foi instituído e era encarado como instrumento-chave da possibilidade de renovação do projeto (Goldberg, 1998). Este não tinha como objetivo uma análise apenas quantitativa do impacto do tratamento na evolução dos pacientes. Entretanto, utilizava as situações vividas na clínica cotidiana – sucessos ou não – como perspectiva de análise da qualidade do trabalho desenvolvido. Deste modo, constituía-se como orientação para o redirecionamento das estratégias adotadas.

As avaliações faziam parte da dinâmica oficial da instituição. Sua operacionalização se dava a partir de questionários com respostas individuais e coletivas, plenárias e até a produção de resultados concretos, os quais eram aplicados na rotina da casa com prazos estabelecidos.

Dentre o resultado prático do repensar o modelo, encontra-se a subdivisão da equipe geral em três equipes menores, cada qual responsável por um grupo de pacientes. Este mecanismo de intervenção visava a uma maior proximidade entre os profissionais e os pacientes dos quais eram a referência. Essa organização permitia um olhar particularizado para o usuário e uma possibilidade de discussão mais regular da condução de seu projeto terapêutico. Além disso, responsabilizava de modo mais efetivo a equipe pelo grupo de pacientes a ela designado. As mini-equipes reuniam-se semanalmente e desta forma as respostas da equipe às situações clínicas eram agilizadas (Goldberg, 1998, p. 35).

5.1.6. Clínica

O CAPS Luiz Cerqueira, de acordo com alguns dos atores do processo, buscava constituir uma clínica que pudesse abarcar as demandas complexas do cuidar de transtornos mentais graves. Partia da orientação de que o modelo assistencial tradicional não era capaz de oferecer um tratamento efetivo destas pessoas e, assim, transformar a assistência disponível até então era o desafio aceito pela equipe.

A construção do “novo” modelo pressupunha a elaboração de um *modus operandi* pautado em referenciais distintos. Ou seja, a mudança do olhar sobre essa clientela só poderia ocorrer com a incorporação de conceitos potencializadores de um investimento no indivíduo e que considerassem noções e valores adotados como determinantes na condução deste processo. Como destaca Yasui (1999, p. 220), “*as noções, conceitos e valores de ‘cidadania’, ‘solidariedade’, ‘inclusão’, ‘acolhimento’ e ‘participação’ são princípios desta intervenção*”. Nesta perspectiva, buscamos resgatar alguns conceitos que permeavam a clínica em questão, os quais eram adotados como balizadores do projeto terapêutico institucional.

De acordo com a bibliografia estudada, observamos um embasamento teórico fortemente impresso pela psiquiatria institucional francesa. O viés psicanalítico na compreensão da psicose também se fazia presente. Deste modo, Jean Oury, Tosquelles e Freud constituíam referências do projeto. A clínica descrita no projeto tinha um enfoque no indivíduo, em sua história de vida. Superava a noção tradicional, em que a sintomatologia psicopatológica era o foco da análise de evolução. Havia uma tentativa de redirecionar o objeto da atenção, que deixava de ser a doença e se voltava para o sujeito em sofrimento.

Goldberg (1992, p. 77) utiliza o termo “a grande clínica” para descrever uma clínica que atentava para todos os aspectos que compunham a figura do paciente no instante da situação terapêutica. O usuário seria o centro das preocupações na atenção clínica.

Em sua discussão sobre as fases vivenciadas no processo de constituição desse projeto, refere diversos momentos atravessados pelo serviço, no que diz respeito à estruturação desta clínica. Como fruto desse processo, nomeia o termo “*clínica da psicose*” como um conceito construído paulatinamente e que significava a possibilidade de fusão do processo terapêutico com as práticas cotidianas da instituição que se refletiam no cotidiano dos pacientes (Goldberg, 1998, p. 73).

A compreensão do momento psicótico/delirante, como uma tentativa de reconstrução do dilaceramento sofrido com a ruptura ocasionada pela doença, nos fala do viés

psicanalítico com o qual se trabalhava a questão da doença. Este olhar se remete a elaboração freudiana sobre o conceito de psicose. De acordo com Goldberg (1998, p. 134):

“Na psicose ocorre a destruição do aparelho psíquico e desta resulta uma espécie de indeterminação entre o eu e o outro, de sorte que o sujeito passaria, então, a construir algo no mundo como se reconstruísse a si próprio”.

As intervenções demandadas nessas situações necessariamente deveriam incluir um suporte integral, que abarcasse todos os aspectos da vida do sujeito. A atuação do técnico e as atividades oferecidas seriam instrumentos para ressignificar o processo vivido pelo sujeito, permitindo a criação de linhas de fuga através das quais este poderia desenvolver um novo sentido em sua existência.

Pitta (1994, p. 648) aponta para uma intervenção que visava ao aumento da “contratualidade social” do indivíduo. Detalha que “o terapêutico é entendido como a construção de um rol de possibilidades a serem exploradas para que se criem vínculos, relações interpessoais e chances de vivenciar, criar, expressar, comunicar” (Pitta, 1994, p. 650).

A noção de uma contratualidade aponta para uma clínica em permanente interrelação eu – outro. Uma intervenção terapêutica bilateral que não é focada no indivíduo como um objeto isolado com sua doença. O resgate das trocas com o coletivo, ou seja, da contratualidade social expressa esta afirmação.

O termo *acolhimento* é mencionado em todos os textos consultados que descrevem o CAPS (Yasui, 1989 e 1999; Goldberg, 1992 e 1998; Pitta, 1994). Este conceito se coloca como chave na percepção da dinâmica institucional, já que de certa forma a reflete. Oury, citado por Goldberg (1998, p.127) na definição deste conceito, resume:

“(...) o acolhimento, aquilo que acolhe é uma função complexa que deve tocar o ponto de atividade ainda longínquo de um investimento possível no Coletivo. Este coloca em questão os investimentos pessoais do indivíduo em sua própria história, tal processo existe sempre, realizado ou abortado. Portanto, esta função de acolhimento depende de certa forma do coletivo (...)”.

Neste sentido, o acolhimento é explicitado numa diversidade de situações. Encontramos uma das referências à forma do acolhimento materializada no ato da admissão, nos grupos terapêuticos, nas atividades externas e na própria ambiência institucional. Utilizando as palavras de Goldberg (1998, p. 41): “uma recepção

diferenciada, idas diárias à instituição, projetos abertos, alimentação, cuidados com a higiene pessoal”.

Essa variedade de significados aponta para uma noção genérica que vai desde o recebimento na entrevista inicial até a constituição de um *ambiente de acolhimento* (Goldberg, 1998, p. 115).

Ao discutir esse conceito, observamos uma relação direta deste com o Coletivo. O Coletivo, conceito também pertencente à Psiquiatria Institucional Francesa, é compreendido como o resultar de um processo de inter-relações institucionais das quais participam tanto usuários quanto técnicos.

O Coletivo se coloca na ordem de algo que, em meio às diversidades, permanece enquanto consenso e mantém certa forma de funcionamento. Sofre influência não apenas das concepções teóricas da equipe, mas de acontecimentos conjunturais, visões de mundo, valores etc., de todos os ocupantes do espaço circunscrito. Constitui-se a partir da dinâmica do processo institucional, que é relativamente independente das intenções da população que nele se aloja. Por isso mesmo nem sempre se coloca enquanto potencializador da produção de subjetividades. Ou melhor, de acordo com essa dinâmica, pode também ser obliterante dessas produções e estabelecer uma relação de engessamento da expressão dos desejos daquela população (Goldberg, 1998, p. 72). Neste sentido, o Coletivo constituído no CAPS possui uma importância determinante em sua articulação com o cotidiano dos usuários cuidados neste espaço. Sua potência normatizadora é potencialmente estruturante de um cotidiano institucional que se reflete na reestruturação, ou no redesenhar, segundo Goldberg (1998, p. 124), do cotidiano do indivíduo portador de transtorno mental grave.

A partir desta discussão, introduzimos a noção de cotidiano. Na descrição do potencial atribuído ao Coletivo, o cotidiano é o espaço onde se refletem as ações da clínica. A noção de cotidiano, segundo Goldberg (1998, p. 116), acabou tomando o lugar central nesse modelo de cuidados.

Desta forma, pontua a existência de dois registros de sua configuração terapêutica, quais sejam: a) o universo de estruturas mais ou menos estáveis que organiza a vida dos sujeitos, e b) a dinâmica de instâncias instituídas que os envolvem e constituem o grande cotidiano de todos na instituição de tratamento (Goldberg, 1998, p. 71). Tal conceito é utilizado pelo autor para descrever a estruturação de uma rotina de vida para os usuários da “casa” a partir do *Coletivo*. Parte do pressuposto de que o dilaceramento psíquico da

clientela é permeado por tentativas de reconstrução, implicando nova organização do cotidiano do paciente.

O viés de intervenção no cotidiano surge de uma tentativa de explicação do cerne da ação terapêutica nesse projeto. Goldberg busca a conceituação de Agnes Heller nesta compreensão. Resgata a formulação da autora (Heller *apud* Goldberg, 1998, p. 176):

“Todo homem vive sua vida cotidiana integralmente, isto significa que ao vivê-la, empenha simultaneamente e num só gesto todos os estratos de sua existência, desde aqueles que recobrem as necessidades mais comezinhas do dia-a-dia até aqueles que revelam as suas mais abstratas inquietações espirituais. Não haverá, dessa maneira, cotidiano destituído de conteúdo simbólico”.

Nesta perspectiva, o cotidiano dos pacientes se confirma enquanto lugar privilegiado de intervenção terapêutica, podendo-se aferir a pertinência dessa intervenção através da observação de sua transformação.

No processo contínuo e repetitivo das rotinas do dia-a-dia, a ação terapêutica potencializaria uma função diacrítica, gerando então novos significados. Esta ação geraria produção em lugar diferenciado, que não estaria acessível a abordagens verbais. Cabe ressaltar que, ao mesmo tempo em que essas mudanças permitiriam uma análise da evolução da clientela, não poderiam ser avaliadas com o mesmo olhar linear que permeia o modelo tradicional.

Outro aspecto relevante é o fato de a ação terapêutica não estar restrita ao universo institucional. Deste modo, a clínica envolve diversas instâncias da vida do indivíduo sejam os espaços do serviço, seja a família, a vizinhança e/ou lugares que se constituíssem como significativos para ele. A concepção do potencial dialético da clínica se coloca na perspectiva de que as ações no cotidiano institucional se refletiriam na vida “externa” do paciente e do mesmo modo o contrário se daria.

De certo modo, a instituição funcionaria como um elemento disparador. Não caberia apontar para um “efeito” desta “sobre” (Goldberg, 1998, p. 117) o percurso do paciente mas sim de um processo de trocas com a ambiência institucional resultando em produções subjetivas que se manifestariam em diversos espaços da vida deste – explicitados no serviço ou não. Destaca que:

“(...) o paciente encontrara na instituição não a possibilidade de ter um cotidiano organizado em função do tratamento da doença, mas a possibilidade de reorganizar um cotidiano de vida voltado para fora da instituição” (Goldberg, 1998, p. 117).

“(...) a vida cotidiana na instituição e fora dela deveria merecer atenção técnica aguçada (...) os problemas submergem todos os seus espaços de vida, e por isso requerem um amplo foco cultural” (Goldberg, 1998, p. 99).

Yasui (1999, p. 204) definia essa clínica como *“(...) um trabalho que privilegiava o encontro, o cotidiano, o detalhe das relações como critério de uma clínica geradora de possibilidades”*. Apontava para uma clínica na qual o paciente é “convidado” a interferir no cotidiano da instituição, dissolvendo um modelo em que ao técnico é destinada a ação e ao usuário o lugar de passividade.

A proposta assistencial do CAPS abrangia áreas do conhecimento mais próximas, como a educação e saúde, e também a questão do lazer, de moradia e do trabalho. Através desses campos estratégicos, buscava transformar as relações sociais cotidianas do sujeito.

Um fator importante, conforme pontua Goldberg (1998, p. 38), é que o tratamento seria uma dinâmica e desta forma os movimentos não seriam produzidos de modo unilateral. O movimento de uma das partes influenciaria a outra (referindo-se à relação técnico-usuário), gerando situações distintas e em constante mutação perante a “doença”.

O autor destaca a natureza processual da constituição do modelo e a noção de tratamento enquanto processo. Esta visão norteava a dinâmica do projeto, já que um constante rearranjo de conceitos e práticas era permitido. Não como uma correção de falhas, no sentido da negação do que havia sido construído, mas como um contínuo aprimoramento de uma teoria que se construía a partir da práxis. Desta forma, observamos que o conceito de *cura* não é utilizado, sendo substituído pelo termo *evolução*. Encontramos, no entanto, referência a pacientes com alta do CAPS encaminhados a outros serviços, a partir de casos clínicos no quais a construção de possibilidades de articulações sociais externas balizou a conduta e o paciente já possuía recursos psíquicos para uma inserção em um dispositivo menos protetivo (Goldberg, 1998).

Do mesmo modo, a questão do abandono era apontado por Goldberg (1998) como uma questão a ser revista pela equipe. As formas de abordagem dessas situações ou até mesmo as motivações do afastamento eram descritas como suscitando intensas discussões.

Algumas formas de abandono eram repensadas enquanto uma “alta” auto-implementada pelo usuário e conseqüente a um processo deste ao qual talvez a equipe não tivesse atentado. Em outros casos, o abandono era atribuído à dificuldade da equipe em conduzir as situações implicadas na crise que o levou ao serviço.

Através dos relatos dessas discussões, percebemos um movimento de constante responsabilização tanto sobre ações implementadas quanto sobre situações de implicação subjetiva. Compreendemos estas noções e conceitos como os principais referenciais da prática clínica discutidos na bibliografia consultada. Todos balizavam o projeto de transformação do modelo assistencial que o CAPS Luiz Cerqueira se propunha a realizar. No item seguinte discutiremos os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos, obedecendo às mesmas categorizações e buscando apreender suas singularidades e convergências nesse processo.

5.2. Os NAPS de Santos – principais características

5.2.1. Clientela

Numa tentativa de mapear as discussões acerca do perfil da clientela do(s) NAPS do Programa de Saúde Mental de Santos, percebemos que esta questão foi pouco abordada na maior parte da literatura consultada³². Quando nos referimos ao perfil da clientela, estamos buscando apreender não apenas o enfoque diagnóstico, mas as características da população assistida, sejam os critérios clínicos ou os que digam respeito a outras dimensões do sofrimento, mas que seriam valorizados no momento da admissão.

Em Santos, dois aspectos foram considerados demarcadores de um campo na discussão do perfil. Em primeiro lugar, a diretriz de não reduzir o sujeito a um código diagnóstico. Esta, se por um lado é determinante na nova concepção de assistência preconizada no projeto, por outro traz como conseqüência uma maior complexidade na análise e na intervenção sobre as situações que se apresentavam. Sendo assim, a não-adoção dos critérios diagnósticos dificultou a delimitação de um perfil para a clientela-alvo que obedecesse aos parâmetros de categorizações já tradicionais no planejamento. Em segundo lugar, a noção da *responsabilização sobre toda a demanda*³³ do território, ou

³² Secretaria de Higiene e Saúde (1990); Nicácio (1994 e 1996); Kinoshita (1996); Chioro (1998); Koda (2002).

³³ Grifo nosso.

melhor, a responsabilização territorial implicava o entendimento de que a totalidade da população daquela região que apresentasse transtornos mentais deveria ser cuidada pelo serviço e desta forma o perfil diagnóstico passou a ser secundário como um critério delimitador da clientela.

O contexto da estruturação do NAPS já definia por si mesmo o perfil da clientela que seria assistida na unidade. A intervenção na Casa de Saúde Anchieta – com uma clara política de desconstrução e fechamento – colocava enquanto desafio a estruturação de uma rede de suporte à clientela egressa. Desta forma, foi adotada uma organização das enfermarias na qual os internos foram agrupados por região da cidade³⁴ (Nicácio, 1994). Essas regiões teriam como referência um Núcleo de Atenção Psicossocial responsável pela cobertura da assistência em Saúde Mental (Chioro, 1998).

Podemos apreender então que a população prioritária no atendimento era a de ex-internos do hospital psiquiátrico, constituída basicamente por pessoas com longos períodos de internação portadoras de patologias diversas no campo da Saúde Mental, mas que principalmente, apresentavam importantes comprometimentos, fruto da institucionalização. Segundo Nicácio, (1994) o primeiro NAPS implantado iniciou suas atividades com 20 ex-internos da Casa de Saúde Anchieta.

Chioro (1998) descreve que os NAPS eram referência para a clientela portadora de transtornos mentais acima de 15 anos de idade, destacando que havia duas outras unidades na cidade para atendimento dos abaixo dessa faixa etária. O NAPS seria responsável por *“todas as demandas de Saúde Mental de seu território de cobertura abarcando todos os níveis de atenção”* (Koda, 2002, p. 71). Este tipo de organização, que responde a toda demanda em um único espaço (no mesmo equipamento), é denominada por Campos *apud* Chioro (1998, p.114) de *“unidades de síntese do Sistema”*. A autora destaca que eram priorizadas as pessoas com transtornos mentais mais graves.

Partindo desta perspectiva, que compreendemos como de não hierarquização dos serviços, o NAPS recebia uma clientela diversa, não apenas no sentido da categorização nosológica mas também da gravidade dos quadros. Episódios agudos, de agitação, de agressividade eram recebidos na unidade, onde eram utilizados diferentes recursos no

³⁴ Poderíamos fazer uma analogia dessas subdivisões com a setorização adotada na Política de Saúde Mental da França, o Setor.

suporte (conforme será detalhado posteriormente), ou melhor, implicavam atendimento às urgências e emergências no NAPS ou pela equipe deste em outros locais da cidade.

É importante pontuar que após a mudança de gestão do sistema, a partir de 1997 algumas transformações foram operadas nas diretrizes do programa. Desta forma, foi colocada em discussão a questão da responsabilização territorial, com ressalvas à amplitude da demanda que estaria acarretando para a unidade uma sobrecarga com conseqüências para a qualidade do atendimento. Este ponto não é o alvo de discussão desta dissertação, entretanto, de acordo com Koda (2002), atualmente não é consenso entre os profissionais a manutenção de tal concepção. A autora ressalta que a atual coordenação de Saúde Mental tem o projeto de restringir o NAPS ao atendimento de uma clientela com transtornos mentais mais severos.

5.2.2. Pressupostos do modelo assistencial

Os Núcleos de Atenção Psicossocial, em sua concepção, foram planejados para a cobertura de uma região de 60 mil habitantes. Entretanto, na prática, a média de cobertura populacional se dava em torno de um para cada 90 mil habitantes.

Como já discutido, constituíam “uma experiência em construção” e desta forma uma definição formal que expressasse o significado da proposta não é uma tarefa simples. Destacamos a conceituação de Nicácio (1994, p. 91), na qual define:

“Nesta perspectiva os NAPS (...) são centros de atenção, de encontro, de produção de sociabilidade, de comunicação, de convivência, de referência cultural. (...) espaço social e terapêutico, lugar de busca de alternativas, de projetos de vida”.

Esta multiplicidade de enfoques pressupunha uma atuação mais plural e, assim, um dos aspectos que marcavam a caracterização do modelo de assistência em Saúde Mental de Santos era seu viés técnico-político. Desde o processo inicial de intervenção na CSA, a perspectiva de ampliação do campo da técnica para uma dimensão cultural e ética – no sentido da transformação do modelo assistencial até então hegemônico – era descrita como o mote impulsionador das estratégias.

O real envolvimento do poder público local na construção de políticas públicas voltadas para as necessidades da população tinha como pressuposto a participação popular

e, sendo assim, dava a tônica do processo. O investimento consistente em políticas sociais por parte dessa gestão tornavam possíveis a existência de uma rede de serviços estruturada e a articulação com outros setores (Koda, 2002).

Neste sentido, a construção de um novo modelo pressupunha uma mudança de posição da comunidade, usuários, familiares e profissionais. Segundo Koda (2002, p. 80): *“a experiência extrapola o campo da assistência, alçando a discussão para a própria sociedade, problematizando as relações humanas, a cidadania, a ética”*.

A noção do envolvimento político era colocada de modo subliminar nas discussões dos eixos do programa. A concepção do louco enquanto um sujeito de direito articulava os conceitos de cidadania e loucura, direcionando a experiência para além das políticas públicas que pretendiam a afirmação dos direitos universais e produziam algo novo (Nicácio, 1994, p. 22).

Neste sentido, a autora aponta para a construção de um conceito de cidadania que englobava a apreensão de uma gama de direitos do homem, ou seja,

“apreender como terreno cultural e de ação conceitos como o do exercício da vida nas cidades, da propriedade sobre o próprio corpo, da liberdade, da não legitimidade da autoridade natural sobre o outro, da qualidade ética da igualdade de direitos” (Nicácio, 1994, p. 27).

A mesma autora descreve da seguinte forma o projeto: :

“A transformação da Saúde Mental em Santos tem-se configurado como processo social complexo, ancorado na desconstrução do paradigma psiquiátrico; partindo da desmontagem do manicômio, como síntese da instituição a ser negada, projeta a construção da Saúde Mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social” (Nicácio, 1994, p. 20).

Neste contexto se insere o papel que assumia o NAPS no processo de construção do projeto de Saúde Mental. Ou seja, considerado a base da rede, constituía dispositivo substitutivo ao hospital psiquiátrico. Conforme destaca Nicácio (1994, p. 89), *“os NAPS (...) têm como exigência técnico-política serem totalmente substitutivos ao manicômio e nessa trajetória se potencializam ao assumir progressivamente esta competência”*.

Desta forma, as unidades se caracterizavam por uma diversificação das estratégias de atenção e englobavam desde consultas ambulatoriais até intervenções domiciliares, além de permitirem o acolhimento integral (hospitalidade integral).

O objetivo maior das ações seria prescindir do manicômio como equipamento da atenção e neste sentido questionava a utilização desse recurso mesmo para pacientes mais graves, para as situações mais agudas, para os momentos de maior complexidade e para os perigosos (Nicácio, 1994). Essa crítica se colocava como um marco na discussão da transformação do modelo e a não-internação em hospital psiquiátrico era apontada como seu desafio primeiro.

Introduzimos neste ponto a discussão sobre a noção de tutela. Ao se apontar para a questão da cidadania e do caráter substitutivo do NAPS, é importante destacar a forma pela qual era problematizada e significada tal noção nessa experiência. Chioro (1998) descreve a tutela como um instrumento de ajudar o usuário a reconduzir seus caminhos, já que em alguns momentos este demandava intervenções protetoras, exigindo certa redução de seu poder decisório. Esta não significava o usuário enquanto irresponsável ou incapaz, mas naquele momento necessitava que o técnico funcionasse como um mediador. Nicácio (1994, p. 105) descreve a questão da tutela como: *“produzir tutela como momento de emancipação e não de repressão que tenha como base não totalizar o sujeito em sua condição de crise ou na doença”*.

Kinoshita, citado por Nicácio (1994, p. 80-81), se reporta às características essenciais para a construção de um modelo que se afirma como substitutivo ao hospital psiquiátrico, a saber:

“1) a garantia do direito de asilo que não significa isolamento ou reclusão; 2) disponibilidade no sentido de livre acesso e agilidade de respostas às situações de crise; 3) inserção no território; 4) inversão de investimento significando dar ênfase à reprodução social dos usuários; 5) processo de valorização entendido como as instituições viabilizarem formas de atuação que aumentem as condições de possibilidade para que os usuários participem do processo de trocas e intercâmbio social”.

Esses conceitos embasavam a intervenção clínica e também a própria organização de serviços do programa. Uma implicação fundamental seria a concepção sobre a finalidade dos leitos do NAPS que não se constituíam como local para internação, no

sentido classicamente difundido pelo hospital psiquiátrico, mas como instrumento que viabilizava o direito de asilo.

O *direito de asilo* se caracterizava pela responsabilidade do serviço em acolher o sujeito, protegendo-o nos momentos em que se encontrasse em situações limite – estas não apenas os momentos de crise. Diferentemente das internações de instituições de portas fechadas, não significava exclusão ou isolamento, já que na perspectiva do novo modelo, deveria ocorrer sempre de portas abertas no Núcleo de Atenção Psicossocial da região de residência. A permanência do paciente nesse espaço dizia respeito ao trabalho de negociação da equipe com o indivíduo e desse modo não se dava a partir da repressão e/ou controle naturalizados no modelo tradicional.

Outro conceito apontado, a *disponibilidade*, advinha da necessidade de as intervenções serem prontamente atendidas onde quer que ocorressem. Referia-se principalmente às situações de crise que demandavam uma agilidade e efetividade das respostas. Sendo assim, se incorporaram às rotinas dos NAPS o atendimento domiciliar, o acolhimento de emergências em espaços públicos, resgates, funcionamento 24 horas, atendimento telefônico, enfim, instrumentos que viabilizassem uma resolutividade das situações que se apresentavam. Deste modo seria possível demonstrar uma confiabilidade na capacidade de suporte do serviço, permitindo melhor vinculação dos usuários e seus familiares, já que estes se sentiriam seguros.

O terceiro conceito – inserção no território – já se inseria no projeto inicial. Nos textos estudados, a inserção territorial recebe importante ênfase no sentido que se coloca como indissociável da clínica implementada no novo paradigma. Ao mesmo tempo, operava uma efetiva ruptura com o modelo tradicional e suas instituições, onde a assistência é padronizada e o sujeito possuidor apenas de uma doença e seus sintomas. A inserção no território pressupunha um olhar para além, ou melhor, a compreensão de que o cuidar só pode se dar a partir do conhecimento do sujeito em seu contexto de vida. Nicácio (1994, p. 96) descrevia a perspectiva dessa concepção:

“A prática territorial requer permeabilidade entre instituição e região, estabelecer pontos de contato, construir alianças, implicar-se nos conflitos, articular alternativas de inserção dos usuários, produzir e elaborar conjuntamente respostas à demanda”.

O caminho proposto se colocava no âmbito de ações cuja implementação apenas se desenvolveria gradualmente no exercício da clínica cotidiana. O envolvimento com o território acontecia através dos pequenos movimentos *para fora* da instituição. Na prática, ocorria através do convívio com a comunidade, que se estabelecia desde as visitas domiciliares até o acompanhamento de um usuário em espaços de lazer, nas compras do mercado. O percurso de contato com outras instituições presentes no território, como as de ordem pública ou ligadas a movimentos da sociedade civil, faziam parte da estratégia – ao reconhecer os espaços de vida do sujeito, poder perceber os obstáculos, possibilidades e conjuntamente inaugurar um movimento de construção/desconstrução de imagens e culturas.

O que Kinoshita aponta como inversão de investimentos na citação acima, encontramos sob a denominação de “*prioridade aos projetos de vida*” em artigo no qual o autor descreve a trajetória santista (Kinoshita, 1996, p. 73). Essa noção implicava uma transformação da organização dos serviços no sentido do investimento a ser realizado no sujeito cuidado. Caracterizava a tentativa proposta de inverter a lógica clássica da assistência psiquiátrica cuja organização do serviço voltava-se apenas para o atendimento das emergências e da crise, ou mesmo do quadro de psicose (a doença). Havia a compreensão de que esses momentos demandavam estreita atenção; entretanto, na proposição de um resgate de cidadania e de um efetivo investimento na reprodução social do sujeito, o cotidiano do usuário fora da crise era o foco principal de intervenção.

A reconstrução das relações e a produção de sentido para a existência determinam o “estar no mundo”, a qualidade de vida. Na prática da unidade iria priorizar a reconstrução da história do usuário, com vistas a encontrar identidades, por exemplo, de exercício profissional, incentivar o investimento em projetos de longo prazo, como alfabetizar-se ou, como destaca Nicácio (1994), em relação às ações plurais do cotidiano, “aprender a andar de ônibus”. Sendo assim, prioridade aos projetos de vida apontava não apenas para um projeto terapêutico mas para algo que falava no longo prazo, ao permanente caminhar por sonhos e construir o instrumental para realizá-los.

Por fim, o *processo de valorização* destacado surge no contexto da avaliação que o usuário como sujeito de direito necessita ter resgatado seu poder de troca social. Os NAPS de Santos propunham o conceito de “empréstimo do poder contratual” para definir a ação de mediação que os técnicos desempenhariam entre o usuário e a sociedade. Este empréstimo implicaria utilização, pelo técnico, da influência de seu papel social perante a

comunidade, o usuário, as famílias e intervir no sentido de facilitar a concretização de projetos por parte dos usuários em questão. Chioro (1998, p. 52) sintetiza essa idéia:

“Até que possam recuperar algum grau de autonomia, os profissionais devem ‘emprestar’ poder contratual aos usuários, propiciando e/ou mediando projetos que afirmem e ampliem margens de tolerância e solidariedade”.

Ainda de acordo com Chioro (1998), esse processo de valorização aponta para a necessidade de reintroduzir o paciente no processo de trocas, mediar esta relação através de uma atribuição de valor ao paciente.

Por fim, nesta caracterização, discutiremos o conceito que surge como determinante no processo de construção do novo modelo assistencial em Santos e que se constituiu na filosofia de sua transformação – a *desinstitucionalização*.

Este conceito, utilizado no sentido atribuído pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, traduz a perspectiva da estruturação da assistência do município ao mesmo tempo em que resume sua postura política. Nicácio (1994, p. 36), ao descrever tal processo, ressalta:

“(...) a desinstitucionalização é um processo infinito porque constantemente e de forma difusa se autopropõe a lógica invalidante que a Psiquiatria autoriza. A crítica teórico-prática, ao desvendar o manicômio, aponta a necessidade de descobrir, decodificar a demanda objetivada em seu interior, de re-conhecer o objeto da Psiquiatria”.

Neste sentido, a desinstitucionalização envolve um processo complexo, com vários campos do conhecimento e a cultura construída em relação à loucura. Não se restringia à retirada dos pacientes do hospital psiquiátrico, mas apontava para uma desconstrução dos pilares que sustentavam a existência desse equipamento e de sua lógica (Nicácio, 1994).

Ao romper com alicerces do paradigma hegemônico – a doença como objeto da Psiquiatria, a cura como objetivo, a irresponsabilidade do louco, o isolar para conhecer e tratar, entre outros – determinaria uma nova clínica, ou melhor, uma nova forma de cuidar que necessariamente precisaria construir outro arcabouço teórico-conceitual e também novos espaços de “tratamento”. Esta noção implicava, para o programa santista, repensar da estrutura de organização de serviços até então estabelecida para a assistência em Saúde Mental e, principalmente, a estruturação de uma rede assistencial composta por dispositivos capazes de dar conta da complexidade de intervenções que o novo olhar

demandava. Este processo implicaria a desconstrução do saber psiquiátrico estabelecido, das práticas institucionais, do olhar para a figura do louco e, sobretudo, propunha uma transformação ético-cultural. Nicácio (1994) ainda aponta como tarefas da desinstitucionalização: a emancipação, a reprodução social e a autonomia do portador de sofrimento psíquico. Segundo a autora (Nicácio, 1994, p. 42) citando De Leonardis: *“A desinstitucionalização representa o processo crítico-prático que reorienta instituições, saberes, estratégias, em direção à existência sofrimento. Por isso a desinstitucionalização é também construção, ‘invenção de nova realidade’”*.

5.2.3. Espaço arquitetônico

A estrutura física dos NAPS de Santos foi planejada para casas comuns em ruas habitacionais (Nicácio, 1994, p. 82). Este aspecto nos aponta para a implicação da noção da inserção territorial e ao que diz respeito ao mecanismo de troca com a comunidade.

Além do componente simbólico da instituição asilar, o aspecto concreto de sua estrutura também é uma questão relevante. Em geral os asilos se localizavam em locais afastados, de difícil acesso e inevitavelmente circundados por muros altos que impediam a visualização de seu interior. A perspectiva de um local de cuidados em Saúde Mental estabelecer-se em meio a outros imóveis residenciais contribuiu para desmistificar o imaginário de periculosidade da loucura. Além disso, funcionaria como facilitador da mediação de uma inserção do usuário no convívio cotidiano com a rotina da comunidade.

A implantação dos NAPS se deu em locais inicialmente disponíveis devido à urgência do contexto de desconstrução. Sendo assim, o NAPS Noroeste se localizava em uma área conjunta a uma unidade de saúde adaptada para esta função; o NAPS Vila Belmiro, em uma enfermaria reformada da CSA; os NAPS do Centro, Campo Grande e Aparecida funcionavam em casas alugadas pela Prefeitura. O NAPS Noroeste em 1996 passou a funcionar em novo espaço, mais amplo (Chioro, 1998).

Nicácio (1994) descreve que no período inicial do NAPS Noroeste, apesar de a estrutura ser de uma unidade de saúde tradicional, as paredes foram decoradas pelo grupo de Arte TAM TAM e a consequência desta decoração foi percebida como uma “mudança de ares”. A mesma autora e refere aos comentários de técnicos e usuários, associando a transformação da aparência física a uma ambiência renovada, ou melhor, a uma marcada diferença da estrutura manicomial. Em todos, a disposição do lugar era composta por salas

de estar, de convivência e o lugar dos leitos era denominado quarto. A disposição dos espaços reflete uma característica de “casa”, local de acolhimento.

Um ponto relevante na discussão eram as portas abertas do serviço. Este aspecto, apesar de não se colocar literalmente enquanto uma questão da estrutura física em si, foi destacado nesta categoria por falar da ambiência do espaço. Desta forma, não diz respeito apenas à estrutura “porta” ser mantida fechada ou aberta, mas ao simbolismo da denominação portas abertas, que implica um posicionamento de ruptura com o modelo tradicional. Nicácio (1994, p. 98) disserta sobre a questão: *“a porta aberta é difícil de ser codificada porque não o é por definição; é a construção de uma cultura”*.

5.2.4. Cotidiano da atenção

Na discussão sobre a dinâmica de funcionamento dos NAPS de Santos se entrecruzam algumas outras unidades que surgiram durante o processo de construção do projeto assistencial. Decorreram das necessidades dos próprios NAPS, ou melhor, dos usuários destes que demandavam uma rede de suporte não restrita ao espaço físico do serviço. A singularidade dessa experiência, de ser uma rede de serviços com ações integradas e uma orientação única, nos coloca a relevância de discutir sua dinâmica olhando o programa como um todo. Por isso, neste item, as atividades realizadas por usuários do NAPS nos vários dispositivos do Sistema foram incluídas como parte da dinâmica de funcionamento dos NAPS.

Os cinco núcleos existentes na cidade seguiam uma rotina básica de trabalho e de atividades, sugeridas e orientadas pela coordenação de Saúde Mental, Mas tais rotinas se diferenciavam no cotidiano de cada unidade, já que eram respeitadas as singularidades regionais. Por sua vez, os técnicos tinham autonomia para estabelecer diferentes atividades ou optar para realizarem mudanças de acordo com a necessidade dos usuários ou mesmo suas habilidades – em relação às atividades de grupo oferecidas (Chioro, 1998).

Esta forma de condução aponta para uma concepção dialética do processo³⁵ que contemplava uma flexibilidade dos dispositivos. Havia uma diretriz básica mas também

³⁵ Consideramos uma concepção dialética, pois envolvia um contínuo transformar, ou seja, a instituição intervinha na realidade de seu coletivo e este interferia na conformação da instituição, reconfigurando seu desenho.

espaço para iniciativas do coletivo – não sendo estabelecidas respostas padronizadas como no modelo tradicional.

Os NAPS de Santos funcionavam 24 horas durante os sete dias da semana. As atividades tinham início às 8 horas e havia profissionais de nível superior na unidade até as 19 horas. À noite havia o plantão dos auxiliares de enfermagem. As atividades regulares aconteciam de segunda a sexta-feira, sendo que nos finais de semana os NAPS funcionavam em esquema de plantão, com dois auxiliares de enfermagem e um técnico (Koda, 2002). Segundo Kinoshita (1996), a equipe contava com um transporte diário.

Essa organização foi estruturada considerando-se a concepção de *disponibilidade* já abordada anteriormente. As unidades eram responsáveis pela demanda de Saúde Mental de sua região de cobertura na qual se incluíam os atendimentos de crises. Para viabilização da assistência de modo efetivo, seria necessária uma estrutura que pudesse oferecer suporte ao usuário a qualquer momento de forma resolutiva.

Sendo assim, durante o dia o NAPS era responsável pelas emergências e acolhimento aos usuários que buscassem o serviço pedindo ajuda. Essas situações não envolviam apenas o atendimento realizado pela unidade. O serviço estava estruturado para atendimentos telefônicos em casos específicos; e também para responder a solicitações de ida aos domicílios ou locais públicos onde algum usuário estivesse necessitando ser avaliado.

À noite o atendimento de emergência ocorria no pronto-socorro municipal, onde havia um psiquiatra de plantão. Caso necessário, o usuário pernoitava no local, sendo levado no dia seguinte pela manhã ao NAPS para definição da conduta em conjunto com a equipe. As ações desenvolvidas como suporte de situações de crise eram diversificadas e não restritas ao atendimento tradicional das emergências. Nicácio (1994, p.102) destaca sobre este tema:

“O atender ‘fora do setting’ propicia uma leitura não simplificada da situação e, de início, uma implicação no processo. (...) A presença dos profissionais do NAPS no atendimento da crise em espaços do território, com as pessoas envolvidas, assinala também um lugar de mediação, de dialetizar contradições, de explicitar a diferença dos conteúdos subjetivos, de estimular outras formas de comunicação para o sujeito em crise e para as pessoas envolvidas”.

Isto implica intervenções em lugares públicos, no domicílio e, com maior frequência, no NAPS, para onde eram conduzidos os usuários em crise, mesmo se a entrada ocorresse pela via do pronto-socorro municipal, o qual não possuía leitos psiquiátricos. Desta forma, os pacientes eram recebidos no NAPS quando precisavam de acolhimento integral.

Havia situações em que o familiar solicitava o atendimento no domicílio para um usuário em crise. Caso a unidade não pudesse realizar o procedimento com a urgência necessária, havia possibilidade de acionar o pronto-socorro para que este fosse buscar o usuário e o conduzisse ao NAPS. O pronto-socorro também funcionava como retaguarda para situações nas quais não havia psiquiatra no NAPS e para o atendimento de quadros clínico-psiquiátricos, como no caso do *delirium tremens*, que exige pronta intervenção.

Em relação à admissão, conforme já apontado, não havia seleção da clientela ou das situações que surgissem demandando cuidados de Saúde Mental. A clientela inicial, egressa da Casa de Saúde Anchieta, foi trabalhada ainda nas enfermarias “regionalizadas” pela própria equipe que estruturava o NAPS na região à qual pertencia. Como exemplo, o NAPS Noroeste iniciou suas atividades com 20 egressos (Nicácio, 1994).

A partir da implantação, os NAPS passaram a receber usuários por demanda espontânea, encaminhamento médico ou de instituições. A recepção era feita por um técnico que cobria o plantão do dia. Este não seria necessariamente um médico, pois era definido por escala entre a equipe nível superior, não considerando a categoria profissional. Não era necessário agendamento prévio (Koda, 2002).

A questão da acessibilidade está implícita em diversos aspectos da dinâmica dos serviços. O agendamento para a clientela portadora de transtornos mentais se coloca como uma efetiva restrição do acesso. O momento de busca por ajuda em geral foi desencadeado pelo intenso sofrimento e demandava resposta ágil. Além disso, para alguns pacientes, o momento é uma superação momentânea de sua resistência em se vincular a algum tipo de suporte.

A avaliação inicial, denominada triagem, era realizada pelo profissional responsável pelo plantão, inicialmente através de uma entrevista com o cliente e posteriormente com os acompanhantes (Chioro, 1998).

A procura pelo serviço pode também ocorrer apenas pelo familiar para solicitar auxílio para que o usuário seja inserido no tratamento – tais situações nem sempre

significavam que o usuário estivesse em crise. Fazia parte das atividades de rotina realizar visitas domiciliares nestes casos. Por vezes, de imediato pelo técnico de plantão, ou então eram agendadas com o familiar, para que fosse iniciado o vínculo e realizada a avaliação (Chioro, 1998).

Após a triagem, o técnico de plantão tinha autonomia para definir a melhor forma de inserção do usuário no serviço, ou melhor, no programa. Alguns eram inseridos também em atividades de outras unidades da rede de Saúde Mental. Desta forma, o técnico indicava sua proposta de inserção e esta, sempre que possível, era discutida com o usuário e familiar. A proposta de tratamento era denominada de “contrato”, o qual, segundo Chioro (1998), expressaria a noção de implicação coletiva das partes envolvidas. Suscitava a participação ativa do usuário e seu familiar no compromisso de seu tratamento, retirando-o do papel de passividade.

Em relação às modalidades de atendimentos oferecidas nos NAPS, Kinoshita (1996, p. 76) enumera as seguintes:

“hospitalidade integral, hospitalidade diurna ou noturna, atendimento a situações de crise, ambulatório, atendimentos domiciliares, atendimentos grupais, intervenções comunitárias e ações de Reabilitação Psicossocial. Os familiares participam do projeto terapêutico dos pacientes por meio de atendimento individuais, orientação e grupos de familiares”.

No que diz respeito ao termo *hospitalidade*, este era adotado referindo-se à forma do paciente freqüentar a unidade, que podia ser em regime integral³⁶, durante um ou dois turnos no dia, ou até ser um local de pernoite em algumas situações. Alguns pacientes eram inseridos no programa de ambulatório e apenas compareciam esporadicamente à unidade. Outros se beneficiavam de atividades do NAPS e paralelamente eram inseridos no centro de convivência ou na unidade de reabilitação, através dos projetos de trabalho. Eram múltiplas as combinações descritas entre as atividades estruturadas no projeto terapêutico individual, e não restringiam a assistência a uma única unidade. No entanto, era de responsabilidade do NAPS o acompanhamento do usuário em seu percurso pela rede.

³⁶ Há uma questão conceitual no entendimento do que significariam tais leitos. Conforme já descrito, esta intervenção não era considerada como uma internação, já que se considerava o procedimento de internação sinônimo de isolamento e exclusão. Esse procedimento, no NAPS, era entendido como o exercício do direito de asilo, de ser acolhido e protegido em situações difíceis.

Após a definição do contrato, o caso era levado para discussão em reunião diária da equipe técnica. Nessa reunião era designado um profissional (de nível superior ou não), o qual seria o responsável pelo acompanhamento mais estreito de seu tratamento (Chioro, 1998, p. 118). O técnico recebia a denominação de “referência”. Dentre suas funções estava a de discutir o projeto terapêutico do usuário, contatos com a família, intervenção em situações mais complexas, em que a abordagem exigia alguém com maior vínculo.

Além dessas ações, os técnicos realizavam os “grupos de referência”, dos quais participavam todos os usuários para quem este técnico fosse referência na discussão coletiva dos projetos terapêuticos e situações pertinentes a cada um (Koda, 2002). Conforme ressalta Chioro (1998, p. 118), as referências eram:

“Responsáveis pelo trabalho mais específico a ser desenvolvido com o usuário e seus familiares e pelo seu acompanhamento de forma direta, ajudando-o na retomada ou reconstrução do seu projeto de vida, no desenvolvimento de suas habilidades, da sua autonomia, na ampliação da sua rede psicossocial, para que possam viver na sociedade de forma mais autônoma”.

O papel desempenhado pelo técnico de referência nos aponta dois aspectos importantes na construção do novo modelo assistencial, a saber:

- a) a possibilidade de uma atenção individualizada mais efetiva, pois, apesar de o serviço possuir sua rotina específica, havia um profissional responsável por um olhar cotidiano sobre determinado usuário. Sendo assim, permitia maior proximidade do universo subjetivo deste;
- b) a concepção de que não apenas um especialista de nível superior poderia ser responsável pelo cuidado em Saúde Mental explicitando a prática do conceito de “transversalidade de competências”³⁷ descrito por Nicácio (1994).

De acordo com a autora, todos os profissionais acompanham um grupo de familiares e usuários de forma mais próxima; entretanto, cada usuário possui uma referência médica, um auxiliar de enfermagem e outro profissional universitário (Nicácio, 1994, p. 109-110).

³⁷ Este conceito é descrito por Nicácio como sendo construído no processo cotidiano da equipe. Ressalta a não codificação de tarefas por categoria profissional e a reflexão contínua dos casos, da prática e do projeto potencializa os conhecimentos. Desta forma, pontua que a própria organização do trabalho promove essa transversalidade (Nicácio, 1994, p. 109).

Na dinâmica dos NAPS há um profissional de formação universitária responsável pelo plantão do dia. Este, além da triagem, é responsável pelas intercorrências, pelo resgate dos pacientes graves que não retornaram à unidade pela manhã, visitas em domicílios por solicitação e pela divisão de tarefas (Chioro, 1998, p. 124).

Chioro (1998) detalha os tipos de atendimentos realizados na rotina das unidades:

- hospitalidade diurna;
- hospitalidade integral;
- atendimento terapêutico individual;
- consulta ambulatorial (esta com características distintas do tradicional ambulatório);
- interconsulta fora da unidade;
- atendimento à família;
- atendimento e visitas domiciliares
- medicação;
- refeições;
- ações sócio-assistenciais.

Nessas modalidades, ressaltamos a hospitalidade diurna, definida para aqueles com maior necessidade de tutela e proteção (Chioro, 1998). Resgatando Nicácio (1994, p. 80), *“A tutela como direito, sem seqüestrar a vida dos sujeitos e sim produzir autonomia e enriquecimento dos intercâmbios sociais”*.

Outro aspecto do funcionamento cotidiano era o fornecimento de passes para o usuário que não possuía condições financeiras para arcar com o transporte diário. Sinalizamos novamente a questão do acesso implicada nessa postura do serviço. A frequência estabelecida no “contrato” para o comparecimento ao serviço também poderia variar de acordo com o quadro.

Na hospitalidade integral, o sujeito era acolhido não como internado mas como forma de ser protegido em um momento mais difícil (dificuldades com a família, medo, solidão, inícios de novas fases de vida, como um emprego ou momentos de crise, etc.). Seria a aplicação prática do conceito de direito de asilo. Desta forma, a modalidade integral não era determinada apenas por critérios clínicos (agudização de sintomas).

A interconsulta era uma modalidade em que o técnico era solicitado por outras instituições ou médicos a realizar uma avaliação de pacientes que não podiam ir ao NAPS. Outra forma era o acompanhamento dos usuários matriculados que eventualmente estivessem internados em algum hospital, para tratamento clínico ou cirúrgico. As interconsultas eram realizadas pela referência dos pacientes e a avaliação inicial não necessariamente era feita pelo psiquiatra. Efetivamente, esta intervenção, no que diz respeito aos usuários matriculados, garantia a continuidade do tratamento e uma manutenção do vínculo com a unidade (o que acarreta um sentimento de segurança do usuário em relação ao suporte que a unidade pode oferecer).

As refeições eram oferecidas aos usuários que freqüentavam o regime integral ou a hospitalidade diurna. Eram realizadas no refeitório da unidade e servidas pelos próprios técnicos e, em alguns serviços, com ajuda dos usuários (Chioro, 1998).

A medicação era fornecida pela unidade gratuitamente. Para aqueles que não tinham condições de administrá-la sozinhos em casa ou não tivessem suporte familiar para fazê-lo, a medicação era fornecida diariamente nos NAPS. Esta função era de responsabilidade dos auxiliares de enfermagem, mas segundo Chioro (1998, p. 132), em algumas situações havia necessidade de intervenção do técnico de referência.

Conforme ressalta Chioro (1998), os NAPS sempre priorizaram as atividades grupais, a partir da compreensão de sua maior sociabilidade, possibilidade de trocas e criação de uma relação de solidariedade entre os participantes. Sendo assim, a base da rotina acontecia a partir dos grupos existentes. De acordo com a autora, as atividades terapêuticas de grupo eram:

- assembléias;
- grupos psicoterapêuticos (psicóticos adultos, psicóticos jovens, grupos de mulheres e de homens, grupos mistos);
- grupos de família.

Dentre as atividades de caráter lúdico e de socialização (algumas destinadas exclusivamente aos usuários de hospitalidade diurna e outros abertos), a autora enumera: cinema, salão de beleza ou auto-imagem, grupo de teatro, brechó, passeios, grupo de música, grupo de alfabetização, confecção de bonecas, serigrafia, expressão corporal, expressão gráfica, leitura, pintura, papel reciclado.

Essas atividades possuíam áreas de ação diversificadas, que iam desde propostas de cuidados pessoais e resgate da auto-imagem, até as que iniciavam o usuário em algum tipo de atividade ligada à produção, de modo mais protegido, que permitiam pequeno retorno financeiro.

Destacamos nesse grupo o brechó, um bazar que envolvia a venda de objetos usados recuperados pelos participantes da atividade e que eram expostos na unidade. Esta atividade envolvia profissionais e usuários, e o lucro era revertido para as oficinas terapêuticas ou para a organização de festas (Chioro, 1998). Outra atividade que ressaltamos é o passeio, realizado semanalmente. Envolvia todos os usuários que se propusessem, sendo os locais escolhidos pelo próprio grupo, em reunião prévia.

Uma das atividades mais tradicionais dos NAPS eram as assembléias, cuja prática foi iniciada ainda durante o período de intervenção na CSA. Eram realizadas semanalmente, abertas a todos os usuários e trabalhadores da unidade. A assembléia simbolicamente marcava a ideologia dos NAPS em relação à democratização das relações internas. Eram espaços de discussão de questões específicas dos usuários e também do próprio projeto. Representavam uma das formas incentivadas de participação, em que os usuários e trabalhadores discutiam as divergências e os primeiros tinham a possibilidade de deslocar-se do lugar de passividade colocando suas opiniões. As demais atividades de grupo cumpriam a função de socialização, mediação da expressividade, reconstrução de histórias de vida.

No entanto, a rotina da unidade não se dava apenas através das atividades programadas. Existia espaço para ações cuja demanda surgia em determinado momento do tratamento e havia preocupação com a atenção às peculiaridades de cada caso. Segundo Nicácio (1994, p. 8):

“Linguagens diferentes, diversidade de instrumentos, estratégias plurais: ir à rádio Rap (...) s preparativos para a cantina PARATODOS, ir ao cinema, os jovens articulando a oficina de vídeo, a horta em espaços do território, ouvir música, dançar, tirar documentos (...) andar de bicicleta, a barraca de artesanato na feira cultural da Zona Noroeste (...) aprender a andar de ônibus, arrumar a casa, jogar futebol na praça”.

Deste modo, apreendemos que a noção de terapêutico superava a idéia tradicional de atendimento clínico, em que o terapêutico se restringia aos *settings* de análise ou a uma

relação de afastamento entre técnico e paciente. As ações do dia-a-dia, com a simplicidade de suas repetições, eram também consideradas possibilidades de produção de sentidos e resgate de cidadania. Ou melhor, o apropriar-se do "saber fazer" as pequenas demandas do cotidiano viabilizavam a construção de uma autonomia possível a cada um.

As ações de reabilitação psicossocial seriam as atividades voltadas para a reinserção no mercado produtivo e incluíam também a formação profissional. Não aconteciam nos NAPS, sendo privilegiados os espaços da comunidade e o Centro de Reabilitação Psicossocial (URP). O trabalho se inseria no projeto de transformação do modelo como um aspecto importante do resgate da autonomia e da valorização social. A idéia era romper com as noções de ergoterapia do modelo tradicional e com a idéia de "trabalho protegido". Conforme afirma Nicácio (1994, p. 83): *"a orientação fundamental desses projetos consiste na negação do trabalho protegido e na busca de contratualidade social"*.

O projeto de trabalho era realizado com usuários indicados pelos NAPS. Antes de sua inserção, o caso era discutido entre as equipes do Centro de Reabilitação e do NAPS, visando a perceber o suporte que seria necessário para que o sujeito pudesse ser incluído (tipo de capacitação necessária, grau de autonomia etc). Era exigido que o usuário não estivesse em crise e alguns projetos demandavam maior nível de autonomia (Chioro, 1998). Inicialmente, o usuário visitava todos os projetos existentes e escolhia qual desejasse. Realizava a visita sozinho ou com o técnico de referência na unidade, segundo a autonomia de cada um. De acordo com a escolha, era iniciada a capacitação ou o mesmo precisaria aguardar até que houvesse uma vaga. Grande parte dos projetos envolvia o pagamento de uma bolsa de trabalho, o que determinava um número preestabelecido de vagas.

É importante ressaltar que diversas atividades eram realizadas em espaços externos, em parceria com a comunidade, e outras com a participação de pessoas da própria comunidade. Em geral as atividades aconteciam semanalmente, sob a coordenação de um técnico do NAPS ou com seu acompanhamento.

Um dos aspectos determinantes para que esse projeto assistencial pudesse ser orquestrado com uma presteza de respostas era a coesão de todos os membros da equipe. A proposta de cuidado singularizado envolvia uma prática em que a responsabilização era do coletivo, apesar de os técnicos terem usuários sobre os quais possuíam o compromisso de um caminhar mais próximo. Além disso, a característica desse tipo de assistência era o

envolvimento de diversas frentes de atuação que, conseqüentemente, demandavam troca constante de informações entre os técnicos envolvidos (Nicácio, 1994, p. 110).

Sendo assim, as equipes possuíam como rotina básica a passagem dos turnos realizada com reuniões diárias da equipe, quando eram discutidos os casos novos, questões ligadas à rotina e também ao projeto como um todo. A outra forma de comunicação era o livro denominado “livrão”, cuja função era a troca de informações mais rápidas, os recados e orientações entre todos os técnicos, além do registro das intercorrências diárias. Este mecanismo aparentemente simples de diálogo entre a equipe era a base organizadora do trabalho, no sentido de que permitia a articulação das ações de forma democratizada, com a participação de todos os envolvidos (Chioro, 1998).

Por fim, uma das ações que cabe ressaltar foi a constituição da Associação Franco Rotelli. Esta, inicialmente fundada pela relação dos técnicos da Zona Noroeste com o grupo de familiares dos usuários, se transformou em espaço de discussão e luta que se expandiu para a participação de todos os atores da Saúde Mental (Nicácio, 1994). Era composto por técnicos, usuários, familiares e qualquer pessoa que se identificasse com a proposta de transformação da cultura manicomial.

A associação recebia importante apoio do poder municipal, o qual subsidiava passagens para eventos, viabilizava infra-estrutura para os encontros, divulgação etc. Desta forma, constituía-se uma aliança entre as ações do movimento social e o poder público, na construção de uma política pública voltada para o atendimento das necessidades desta clientela específica. O caráter de militância descrito na estruturação do programa de Saúde Mental de Santos foi determinante na implementação do projeto de transformação do modelo assistencial. Desde o início da intervenção e mesmo após a implantação dos NAPS, este era um viés incentivado e incorporado por usuários e técnicos como parte do projeto.

A discussão no campo político das ações implementadas permitia que usuários, técnicos e familiares compreendessem a inter-relação entre a exclusão do louco e o espaço destinado a ele pela sociedade, traduzido no modelo hegemônico de tratamento.

Sendo assim, a discussão da questão do resgate da cidadania realizada em Santos pelo programa de Saúde Mental não se restringia a uma luta isolada de reorganização de serviços. Os espaços de politização viabilizavam uma sustentação da ideologia do

programa e a articulação, com outros movimentos sociais, de uma luta geral por conquistas mais amplas.

5.2.5. Equipe

A perspectiva de uma intervenção ampla visando à transformação do modelo assistencial hegemônico, conforme já discutido, apontava para uma mudança na cultura sobre a loucura, paralelamente à atuação cotidiana nas unidades que compunham a rede de assistência. Um dos principais atores na elaboração e execução dessas tarefas era a equipe.

Segundo Nicácio (1994, p. 82), a equipe era composta por cerca de quarenta profissionais, entre psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, enfermeiros, psiquiatras, auxiliares de enfermagem, acompanhantes terapêuticos, auxiliares administrativos e merendeiras. Chioro (1998, p.116) detalha esta composição:

“12 profissionais universitários, sendo um coordenador (designado pelo Secretário de Saúde, referendado pela equipe técnica, não sendo necessariamente médico ou enfermeiro como de costume nas gerências dos serviços mais tradicionais), 3 psiquiatras, 2 enfermeiras, e assistentes sociais, 2 terapeutas ocupacionais e três psicólogos; 26 profissionais não-universitários, sendo 21 a 24 auxiliares de enfermagem (em maior número, por cobrirem sozinhos o plantão noturno); 3 acompanhantes terapêuticos, 2 agentes administrativos, uma pequena equipe de limpeza e 3 cozinheiras”.

A multiplicidade de categorias já aponta para a complexidade da organização do trabalho, se considerarmos que a equipe busca atuar coletivamente. Quase todos os profissionais possuíam carga horária de 40 horas (Chioro, 1998). Desta forma, pensamos que a continuidade dos encaminhamentos era facilitado no que dizia respeito à permanência dos profissionais na unidade. Aparentemente essa carga horária implica impossibilidade, para a maioria das categorias, de manter outro vínculo empregatício. A dedicação a um único projeto de trabalho pode sinalizar maior engajamento dos profissionais.

Em relação à organização do trabalho, já foi descrito que aconteciam reuniões diárias – no horário de transição das equipes da manhã e da tarde – entre os profissionais presentes na unidade que estivessem disponíveis. Estas, segundo Chioro (1998, p. 134), possuíam em média duas horas de duração e um caráter não apenas de trocas de

informações sobre a rotina da unidade. Uma singularidade das reuniões era o envolvimento dos trabalhadores da limpeza e de apoio como integrantes da equipe do serviço.

De acordo com esta autora, as reuniões eram espaços de discussão dos casos, do planejamento de ações mas também de reflexão sobre o projeto. Permitiam uma relação de contínuo repensar das condutas, visando à manutenção das diretrizes de desconstrução do paradigma manicomial, traduzido nas práticas do modelo assistencial tradicional.

O papel desempenhado pelos técnicos nessa experiência era foco de análise freqüente, já que, para a transformação do modelo assistencial, era necessário também o desmonte das relações de poder e das práticas referentes a estas.

Um ponto a ser abordado era a crítica ao mandato social de exclusão que cumpria a Psiquiatria, sendo os técnicos o instrumento para tal. A recusa desse mandato se traduzia em sua negação como forma de marginalizar o louco. Entretanto, a perspectiva trabalhada pela equipe era utilizar o poder dessa delegação, no sentido de mediar as relações com a sociedade, construindo possibilidades de reprodução social dos sujeitos portadores de transtornos mentais. Nas palavras de Nicácio (1994, p. 92):

“Busca-se agir no terreno contraditório, assumindo a delegação para transformá-la a partir da crítica teórico-prática do mandato de exclusão e, ao mesmo tempo, utilizando o poder da delegação para movimentar instituições, saberes, políticas em torno da reprodução social do sujeito”.

Esta concepção se traduzia nas ações junto às comunidades, com o objetivo de discutir a questão da loucura e, ao mesmo tempo, nas incursões em espaços sociais com os usuários, em que o técnico funcionava como mediador das relações.

Ainda permeando a discussão das relações de poder, um aspecto fundamental era a constante discussão do papel ocupado pelo médico no tratamento. A luta contra a hegemonia do poder médico colocava-se como grande objetivo do projeto de Saúde Mental santista (Koda, 2002). Considerando estes aspectos, Koda (2002, p. 127) destaca:

“À rígida hierarquia do hospital psiquiátrico é contraposto um modelo no qual a palavra pode circular num debate e não é restrita a determinadas categorias profissionais legitimadas como detentoras da ‘verdade’ e do ‘saber’. Nesse contexto, o trabalho deveria se subordinar não a uma lógica médica, mas sim

aos interesses do usuário. O foco central das discussões era o embate contra os dispositivos manicomiais”.

Havia a compreensão de que o deslocamento do lugar de poder dessa categoria permitia maior apropriação, por parte dos outros membros da equipe, do tratamento oferecido ao usuário. Desta forma, as intervenções passavam a ser discutidas a partir do coletivo.

A medicalização como única forma de tratamento passava a ser questionada no que dizia respeito à forma de encarar o usuário exclusivamente através de sua doença. A própria ação do médico apresentava-se com outra configuração. A tradicional consulta médica individualizada passava também a acontecer em espaços grupais, permitindo questionamentos e discussões por parte dos pacientes, sobre a medicação e também sobre outros aspectos de seu tratamento. O médico era deslocado de um lugar cristalizado para acompanhar os pacientes em suas demandas cotidianas, como buscar moradia, ir ao INSS, entre outras (Koda, 2002).

Este era um dos diferenciais dessa experiência em relação ao modelo tradicional, já que as decisões eram coletivizadas e o usuário passava a ser encarado como participante ativo do seu tratamento não se resumindo a um conjunto de sinais e sintomas.

Por sua vez, outra mudança operada no paradigma manicomial era a função designada aos auxiliares de enfermagem e a enfermagem de nível superior. No NAPS os enfermeiros tinham uma ação administrativa reduzida e participavam da dinâmica da equipe. Eram incluídos na escala de plantão do dia com os outros profissionais de nível superior e também exerciam a função de referência para os usuários (Chioro, 1998). Desta forma, assumiam o papel de "agentes terapêuticos" no serviço.

Os auxiliares de enfermagem não mais se restringiam ao papel de "guarda" do paciente. Trabalhavam em escala de plantões de 24 horas, sendo entretanto inseridos na dinâmica de atividades do serviço. Alguns coordenavam oficinas com os usuários e participavam de intervenções necessárias ao tratamento destes. Eram responsáveis pela administração da medicação na unidade, o que, em algumas situações, era feito em conjunto com o técnico de referência do paciente. Durante as noites e feriados, eram os responsáveis pelo cuidado com os pacientes em hospitalidade integral. Nos finais de semana, atuavam em parceria com um técnico de nível superior (Chioro, 1998, p. 119).

A principal característica do trabalho nas equipes dos NAPS era a não-codificação dos papéis. Esta era uma das diretrizes básicas na concepção do projeto de transformação do Modelo Assistencial em Santos. Nicácio (1994, p. 111) sintetiza esta perspectiva:

“Nas novas instituições, trata-se de produzir uma nova contratualidade também entre os profissionais: o descentramento da figura do médico, a mudança radical do lugar do auxiliar de enfermagem, da custódia e controle à presença efetiva no campo terapêutico, a transformação dos profissionais que se configuravam como coadjuvantes e periféricos na relação e prática terapêutica, a gestão complexa dos problemas são situações emblemáticas desta trajetória”

Sendo assim, esta afirmação refletia, na prática, uma organização de trabalho pouco hierarquizada, com uma proposição democrática de gerenciamento e divisão de tarefas. A equipe se colocava enquanto *“protagonista da transformação institucional e não como executora de princípios”* (Nicácio 1994, p. 111). As reuniões serviam de base para a viabilização dessa premissa. No cotidiano do trabalho, a "nova contratualidade" era buscada nos espaços do coletivo. As intervenções eram realizadas considerando-se a disponibilidade e a capacitação técnica, mas sem concentrar as atividades por categorias profissionais. Não havia definição de tarefas por normas técnicas, mas a partir da necessidade de cada caso (Chioro, 1998, p. 120).

Considerando-se a dimensão da tarefa proposta pelo projeto, as reflexões sobre a trajetória eram constantemente repensadas. Era necessário que as respostas conciliassem agilidade e efetividade com a coletivização das discussões. Sendo assim, além das reuniões técnicas, eram realizadas supervisões regulares mas a presença não era obrigatória, abertas a todos os profissionais. Os supervisores eram escolhidos pelas equipes a partir de uma listagem oferecida pela coordenação do programa de Saúde Mental (Chioro, 1998, p. 134).

Outro aspecto importante era a constante reciclagem dos profissionais, realizada através de encontros, cursos de formação, trocas de experiências, discussões. Estas atividades ocorriam em parceria com universidades e com profissionais que haviam participado na construção de experiências de modelos substitutivos aos manicômios. Estes últimos vindos de países como Itália, França, Argentina e Espanha (Chioro, 1998, p. 134).

Por fim, um aspecto que chama a atenção nas equipes dos NAPS de Santos é o engajamento político no projeto. Desde o período da intervenção na CSA, havia um

movimento arraigado de contraposição ao discurso hegemônico, com uma proposta de transformação defendida de modo intenso no cotidiano da unidade e fora dela. Em sua dissertação, Koda (2002, p. 80) analisa as práticas discursivas dos atores do processo e ressalta sobre este aspecto:

“(...) o posicionamento dos trabalhadores com relação à proposta antimanicomial se forja como uma profunda identificação, ganhando a intensidade do apaixonamento. O trabalhador não se restringe ao lugar do técnico, daquele que vai implementar um novo modelo de assistência, ele se posiciona nesse momento como militante do Movimento Antimanicomial, engajado na luta por um ideal comum. A relação com o projeto dá ao trabalho um sentido de instrumento de mudanças sociais, algo que está para além da compreensão do trabalho como simples modo de subsistência”.

5.2.6. Clínica

Na análise dos textos produzidos sobre o programa de Saúde Mental de Santos, observamos a constante afirmação de uma clínica permeada por uma importante conotação política. Esta singularidade se colocava a partir de uma tentativa de construção de um modelo assistencial em Saúde Mental cuja função primeira era a contraposição a um modelo hegemônico/tradicional. A compreensão de que a manutenção desse modelo advinha da sua função socialmente construída tinha como conseqüência a avaliação de que uma ruptura apenas poderia ser operada com a intervenção sobre a cultura estabelecida em relação à loucura.

Para além dos muros do manicômio, a realidade de exclusão do louco traduzia uma dinâmica da sociedade no sentido de suas respostas às diferenças. Desta forma, a clínica a ser construída demandava a possibilidade de intervenções não apenas de caráter restrito ao individual ou até mesmo àquela clientela específica, mas se inseria numa luta mais ampla contra a desigualdade e pela cidadania. Desta forma, ao discutirmos a questão da clínica nos NAPS santistas, o aspecto singular se coloca nesse entrecruzamento clínico/político, que não se apresenta excludente, mas como parte de uma orientação única de transformação do paradigma manicomial.

Uma característica dos profissionais da equipe do programa de Saúde Mental de Santos era a experiência de vários destes no processo de desinstitucionalização na cidade

de Trieste, na Itália. Alguns haviam passado longos períodos nos serviços locais. Observamos assim uma marcada influência teórica da Psiquiatria Democrática Italiana com seus expoentes, a saber: Franco Basaglia, Franca Basaglia, Otta De Leonardis e Franco Rotelli, entre outros representantes dessa concepção. O embasamento teórico também engloba as concepções de Foucault e Robert Castel. Além disso, as diretrizes do movimento da Luta Antimanicomial também se inseriam no projeto, principalmente através do engajamento da Associação Franco Rotelli na dinâmica do movimento.

Sendo assim, os conceitos discutidos neste item, os quais embasam a prática clínica destes serviços, podem ser entendidos não como novos, mas inovadores, no sentido de sua aplicação no contexto brasileiro. Como forma de sintetizar os principais conceitos desta prática clínica, utilizamos uma seqüência que consideramos a mais didática possível, tendo em vista os entrecruzamentos entre eles.

Como concepção da clínica do modelo hegemônico, havia o entendimento do papel do *“hospital psiquiátrico como cronificador e gerador de doenças institucionais”* (Chioro, 1998, p. 45). Sendo reconhecido como *“uma instituição autoritária, coercitiva, hierárquica, violenta e que legitima a exclusão”* (Chioro, 1998, p. 46). Esta compreensão pressupunha uma ação de negação das práticas até então executadas nestes espaços.

Uma noção que se seguia era a de que o paciente, ao ser transformado em objeto, foi totalmente aniquilado – em seu poder contratual – pela instituição, e a consequência era natural ao seu estado mórbido (Chioro, 1998, p. 54). Ou seja, partia da crítica a concepção, característica do saber psiquiátrico, que o louco se reduzia à doença mental e esta evoluía inexoravelmente para um estado de total alienação e incapacidade de reestabelecimento de trocas sociais.

Esta afirmação se fundava no paradigma racionalista de problema-solução. Esta circunscrevia um objeto – a doença mental – cujo curso era linear e o prognóstico determinado. Deste modo, apenas seria possível sua designação ao campo da técnica através de um isolamento e tutelarização, já que as respostas da disciplina psiquiátrica não se apresentavam capazes de retornar o sujeito à norma. Nesta mesma linha, se coloca o conceito de que as intervenções nesses quadros se restringem ao campo biológico, cabendo ao médico o lugar de destaque na condução do processo.

Pelo fato de essa experiência ser propositiva de outro campo de atuação, alguns conceitos e noções foram ressignificados e incorporados como base para a construção do

"novo" modelo. A doença mental é reportada para o campo do sofrimento psíquico, no sentido de um distanciamento da noção biologizante do curso natural da doença. Koda (2002, p. 108) sinaliza o impacto desta mudança:

“A idéia de sofrimento retira o louco/doente mental do campo de objeto do saber, para reaproximá-lo de nossa própria experiência. A doença é agora um sofrimento que pode ser amenizado ou agravado e o índice de avaliação passa a ser a qualidade de vida, não mais a remissão de sintomas”.

Esta mudança do referencial da doença para o sofrimento reorienta a forma de encarar o curso do processo, que passa a ser parte da vida e não um agrupamento de sintomas que refletem um comprometimento de prognóstico sombrio. Deste modo, a consequência dessa mudança pode ser reportada ao conceito basagliano do duplo da doença mental, segundo o qual, ao colocá-la entre parênteses, nos é permitido olhar para além da doença, para o sujeito em sofrimento. De acordo com Koda (2002), a ênfase não é mais colocada na doença, mas no sujeito com suas necessidades, potencialidades e contexto de vida.

A partir desta concepção, ressaltamos uma das diretrizes básicas do projeto, que era a centralidade da atenção nas necessidades do sujeito. Nicácio (1994) contrapunha essa noção à prática dos ambulatorios tradicionais, em que a remissão de sintomas é o foco de atenção. Desta forma, descrevia que a ação terapêutica possuía inúmeras valências³⁸, ou seja, tarefas nas quais se colocava uma “recomplexificação do sujeito” – conceito de Franco Rotelli –, significando a diversidade de intervenções que se apresentavam de modo radicalmente distinto da padronização linear das respostas no modelo tradicional.

A clínica implicada nesta recomplexificação era voltada para a produção de sentidos, ou seja, promovia significados para a vida dos pacientes possibilitando as trocas sociais (Chioro, 1998). Desta forma, Nicácio (1994, p. 100) aponta para o conceito de “cuidado”, assinalando que:

“O cuidar de uma pessoa se traduz na atenção que tem como perspectiva a globalidade e não a identificação do sintoma. Isto não quer dizer negar os

³⁸ Nicácio (1994, p.91) enumera como valências terapêuticas dos NAPS: a garantia do direito de asilo, hospitalidade diurna e noturna, espaços de convivência, de atenção à crise, lugar de ações de reabilitação psicossocial, de agenciar espaços de transformação cultural.

sintomas, mas capacitar a instituição para, ao compreender e dialetizar essa expressão, ir ao encontro de uma história (...)”

Em sua discussão, Koda (2002) sinaliza para o fato de a assistência englobar diversos setores, como o campo jurídico, político e trabalhista, entre outros. Propunha que o deslocamento do campo da loucura permitiria que esta ultrapassasse o campo técnico em direção ao campo da cultura e da ética. Conforme pontua Nicácio (1994, p. 22):

“Esta articulação coloca o caminhar da experiência não apenas no contexto das políticas públicas que pretendem a afirmação e extensão dos direitos universais, mas produz algo novo ao enunciar o louco como um sujeito de direitos.”

Estas noções sobre o modelo hegemônico e o novo olhar sobre a loucura são os alicerces do programa de Saúde Mental santista, que tinha como pano de fundo o conceito da *desinstitucionalização*, conceito oriundo da experiência da Psiquiatria Democrática Italiana.

Postulado como uma ação globalizante no que diz respeito à assistência e não se resumindo ao ato de desospitalizar, apresentava-se como a necessidade de desconstrução de valores e culturas. Culminava numa prática clínica mais ampla, definida por Chioro (1998, p. 72) como uma “clínica da solidariedade”. Esta solidariedade advinha do fato que a clínica proposta demandava uma intervenção solidária, no sentido do embate do coletivo contra a situação desumana dos hospitais psiquiátricos, pela transformação das desigualdades sociais e econômicas, o qual só poderia ser estabelecido com o engajamento de todos – técnicos, usuários, poder público e sociedade.

O processo de desinstitucionalização apresentava-se como uma complexa articulação entre desconstrução e construção simultâneas, envolvendo o saber instituído, as práticas institucionais, as convenções socialmente estabelecidas no lidar com as diferenças e sobretudo a estruturação de uma prática que os ressignificasse.

Sendo assim, são introduzidos conceitos como o do direito à cidadania, a questão da tutela e dos direitos civis. Nicácio (1994, p. 89) demarca como objetivos dos NAPS em Santos:

”Inscrever cotidianamente, na prática concreta, as novas referências afirmadas: o direito de cidadania do louco, a loucura como expressão complexa da existência humana, as interações entre os múltiplos atores

do processo, realizar a tutela como direito sem seqüestrar a vida dos sujeitos e sim produzir autonomia e enriquecimento dos intercâmbios sociais”.

Deste modo, a tutela era discutida a partir da ótica da produção da saúde. O sujeito não era mais considerado como incapaz e perigoso, o que situava a tutela em um caráter de repressão, mas positivava sua conotação em busca da reconstrução do poder de trocas sociais. A tutela seria pensada como ponto de partida para uma multiplicidade de agenciamentos que levassem à emancipação do sujeito em sofrimento (Nicácio, 1994).

A tutela se encontrava em relação direta com a noção dos direitos. O louco incapaz, irresponsável por seus atos, e desta forma também perigoso, eram valores cuja transformação não se reduzia à reorganização dos serviços. Era entendido como necessária uma intervenção ampla na assistência, mas paralela à intervenção social. Ou seja, não se descrevia como objetivo do programa a ação estritamente técnica, pois o louco deveria ter resgatado seu direito de cidadão e para tal seria necessário criar condições de exercício de seu poder contratual. Na definição de Kinoshita *apud* Nicácio (1994, p. 72):

“Por poder contratual entendemos o conjunto de recursos potencialidades (materiais, psíquicos, culturais, físicos) que um indivíduo possui para participar do jogo de trocas (de bens, de mensagens, de idéia, de afetos) da trama social (...)”.

Estas noções eram traduzidas, na prática, por intervenções que buscavam deslocar do lugar de irresponsabilidade o louco. Para isso, a assunção da cidadania também se apresentava como a possibilidade de frequentar os espaços sociais, que em alguns momentos implicava mediação do técnico, nas negociações presentes na relação institucional com os usuários e, além disso, na sua participação ativa no compromisso com o tratamento e com os projetos de inserção no trabalho.

Outro aspecto era a relação com as proibições que não eram estabelecidas por sua condição de louco mas de acordo com cada caso, no contexto de cada situação que se apresentava. Koda (2002, p. 89) descreve como implicação dessas ações a saída do lugar da irresponsabilidade e menoridade para um lugar de "reciprocidade".

A discussão da cidadania constitui objeto complexo na área da Saúde Mental. A compreensão do direito a ela, dentro do que é estabelecido pela sociedade, pressupõe a autonomia e a capacidade de estabelecer um contrato social. Deste modo, conciliar a

necessidade de proteção com o papel que o conceito de autonomia adquire nesse contexto era uma questão colocada. No processo santista, a cidadania era compreendida como uma busca para além do *“reconhecimento das igualdades civis e econômicas mas também de proteção das singularidades, para conquista de uma sociedade mais humana e solidária, onde as diferenças do ser e do existir pudessem ter seu espaço”* (Chioro, 1998, p. 63).

Como peculiaridades práticas desses conceitos, Chioro (1998) descreve que na clínica cotidiana a possibilidade do exercício da cidadania se coloca em múltiplas ações, que incluem a medicação, as psicoterapias, as questões sociais, as questões de moradia, o emprego e até ações mais gerais de cunho social, como as descritas anteriormente (desconstrução de valores, negação de práticas etc.).

Na clínica construída nos serviços substitutivos de Santos, o tratamento se colocava em bases distintas do modelo hegemônico, cujos instrumentos são a compulsoriedade e a força. Alguns aspectos são descritos por Koda (2002, p. 90) como premissas dessa clínica em construção:

- "- o tratamento é pautado no vínculo de confiança com a equipe;*
- a transparência na relação com o usuário e sua família;*
- o direito do usuário de negociar seu tratamento (participando por vontade própria);*
- o deslocamento da posição do profissional que não se limita a procedimentos técnicos, buscando apreender a existência sofrimento do usuário em suas várias dimensões"*

Na prática se encontrava a valorização da criatividade na condução do trabalho e, segundo Koda (2002), uma certa plasticidade das funções nas quais se buscava romper com as atividades cristalizadas no saber técnico de uma única categoria.

A compreensão do tratamento o situava enquanto um processo dialético entre a assistência e a reabilitação. Esta não se configurava como uma instância final ao processo de tratamento, mas, ao contrário, permeava todo o processo terapêutico com vistas a sua potencialização. Um destes aspectos se refletia nas intervenções ligadas ao trabalho. O trabalho era concebido como, elemento possibilitador dos agenciamentos em relação ao enfrentamento da privação, base da cronicidade (Nicácio, 1994). Neste sentido em suas ações se buscava desenvolver:

“ (...) o resgate do valor de si, o prazer de reconhecimento real de seu trabalho, a aprendizagem de nova atividade, a descoberta de relações diferentes, as discussões de como lidar com o dinheiro, o elaborar um lugar diferente na família, o crescimento da sua independência (...)”
(Nicácio, 1994, p. 122).

Estas pontuações nos explicam a estreita relação entre o processo terapêutico e o processo de "reabilitação", que podemos pontuar como uma peculiaridade dos NAPS santistas ao lidar com a questão. Por sua vez, esse aspecto nos reporta à dificuldade de estabelecer uma clara avaliação do processo evolutivo do usuário se nos restringirmos aos clássicos critérios da clínica. Abrimos um parêntese para pontuar que, no Modelo tradicional, a "habilitação" para o trabalho é um indicador de cura, de volta à "normalidade". No dispositivo em questão, a noção do tratamento que busca como resultado a cura é substituído pela avaliação de eficácia como "bem-estar" do paciente (Koda, 2002). A perspectiva de cura é ressignificada.

Segundo Nicácio (1994), essa clínica era operada com vistas à reprodução social e à emancipação – conceito de Franco Rotelli³⁹ – que se traduzia num contínuo intervir nas relações do cotidiano, mediando as relações sociais e buscando potencializar os recursos subjetivos do sujeito.

Desta forma, a intervenção clínica nos NAPS orientava-se a partir de uma concepção marcada pela ruptura com o olhar tradicional da clínica psiquiátrica. A concepção de crise era compreendida como um momento de comunicação que expressava uma das dimensões do sujeito. Sendo percebida como um momento de rompimento (Nicácio, 1994), a abordagem ao paciente se apresentava de um modo diferenciado da perspectiva de isolamento encontrado no modelo tradicional. A comunicação pressupunha uma escuta e um acolhimento, pois tal rompimento se colocava como um momento de sofrimento e, sendo assim, implicava uma maior proximidade e atenção. Nicácio (1999, p. 105) destaca que o sentido de *“proteger (...), acompanhar, não se identifica com a invalidação do sujeito e sua absorção na instituição”*.

Cabe ressaltar a discussão das situações de crise, em que o sujeito necessita ser abordado contra a sua vontade. Neste sentido, Nicácio (1994) aponta para o manejo

³⁹ Neste o autor refere que “o problema não é a cura (a vida produtiva) mas a produção de vida, de sentido, de sociabilidade, a utilização das formas (dos espaços coletivos) de convivência dispersa. E por isso a festa, a comunidade difusa, a reconversão contínua dos recursos institucionais (...)” (Rotelli, 1990, p. 30).

complexo da relação do direito à liberdade dos pacientes e a responsabilidade ético-sanitária do serviço. Destaca a necessidade da assunção de uma postura de responsabilização, evitando que a incorporação de uma concepção – o direito à liberdade – de forma descontextualizada resulte numa prática de abandono.

Por fim, acreditamos ser importante ressaltar a concepção da participação do usuário nos dispositivos ligados aos projetos de trabalho. Apesar de esses projetos acontecerem na Unidade de Reabilitação (URP), efetivamente havia uma ação integrada e paralela entre esta e os NAPS. Sendo assim, pelo entendimento de que o processo terapêutico do usuário era construído com uma única orientação, a URP também foi analisada no sentido dos conceitos utilizados, já que possuía influência direta na clínica construída nos NAPS.

A proposta de atuação dos projetos de inserção no trabalho visava a construir uma relação distinta das práticas do modelo tradicional, qual seja, a concepção moral e disciplinar do mesmo. A qualidade e a participação dos usuários no processo decisório eram alguns eixos norteadores do projeto. A participação ativa dos usuários implicava-os nas decisões do processo e os responsabilizava pela realização do mesmo.

Segundo Nicácio (1994), no processo de inserção no trabalho o foco de intervenção era a relação do usuário com o gerenciamento, o salário, a questão das necessidades de produção e sua inter-relação com as necessidades subjetivas, entre outros, na busca de um deslocamento da lógica do trabalho como benefício. O investimento se daria na valorização das possibilidades do usuário e na construção do sentimento de pertencimento e reconhecimento de si na construção de sua independência. Desta forma, retirava-o da posição daquele que recebe para o lugar de protagonista das ações (Nicácio, 1994). Do ponto de vista da autora, *“a transformação da lógica de assistido, da cristalização das relações de dependência institucional requer um amplo arco de estratégias de construção de uma ‘cultura de produção de valor’ (...)”* (Nicácio, 1994, p. 130).

Por outro lado, o aspecto da qualidade se apresentava pelo viés das relações, do trabalho e da produção de valor social. A compreensão dos projetos de inserção no trabalho como espaço da produção de sentidos sinalizava para a dupla produção de trabalho e de saúde (Nicácio, 1996, p. 172). Essa noção se apresentava como determinante nas escolhas dos projetos a serem implementados, já que era necessário avaliar todos os aspectos envolvidos, quais sejam, a possibilidade de retorno econômico, a diversidade de

relações sociais proporcionadas e também a flexibilização possível do mesmo, para se adequar às singularidades da clientela.

Acreditamos ter apresentado nessas categorizações os principais elementos teórico-clínicos, descritos na bibliografia consultada, com os quais operava o projeto de transformação assistencial dos NAPS santistas. A tentativa de pinçar as singularidades dessas experiências pioneiras no Brasil busca oferecer a visualização de dois processos que, apesar de se apresentarem como projetos de transformação do modelo assistencial tradicional, e de se constituírem como serviços de Atenção Psicossocial, não reproduzem o mesmo modelo.

Neste sentido, a apreensão da contribuição de cada um desses projetos, no que diz respeito a suas peculiaridades, enriquece nosso olhar, seja como planejadores das políticas públicas ou profissionais em exercício da assistência em Saúde Mental.

O próximo capítulo busca sintetizar as contribuições dessas experiências, discutindo cada categoria apresentada, os pontos de convergência e as singularidades de cada projeto, relacionando sua implicação na ruptura com o modelo tradicional.

6. CONFIGURAÇÕES DE UM NOVO MODELO? Síntese das principais contribuições das experiências analisadas na construção do Paradigma da Atenção Psicossocial

A análise da trajetória do CAPS Luiz Cerqueira e do NAPS em Santos, por meio de uma releitura da forma como esses projetos se constituíram, buscou apreender as bases constitutivas de dois projetos cujo referencial foi a transformação do modelo assistencial tradicional. Ambos se propunham a desconstruir um modelo que reproduzia os saberes e práticas instituídos pelo paradigma manicomial. Sendo assim, após o detalhamento, por categorias empíricas, das formulações desses serviços, iniciamos a seguir um recorte das principais contribuições apresentadas.

Foi possível perceber neste percurso que, apesar de as propostas de transformação das duas experiências serem pautadas no Paradigma da Atenção Psicossocial, cada qual possuía especificidades. Isto nos aponta a noção de que o desafio da mudança de paradigma se opera de múltiplas formas e com estratégias que dificilmente se reproduzem por completo⁴⁰. A importância dessas experiências na construção do novo modelo assistencial é abordada neste capítulo, através da problematização de algumas características singulares e também das concepções e práticas convergentes.

Como forma de organização desta exposição, optamos por iniciar pelas concepções gerais do modelo assistencial, seguindo para as especificidades da clínica e do funcionamento das unidades. As categorias empíricas utilizadas na descrição das experiências servem como subsídio para uma organização didática da exposição. Introduziremos, entretanto, o item gestão municipal a partir do material trazido pela análise do contexto político à época da implantação dos projetos.

6.1. A gestão do sistema

Dentro do contexto no qual se inseriam as experiências, um aspecto importante diz respeito à conjuntura política local. A proposta de uma mudança de paradigma na Saúde

⁴⁰ A criação de uma ovelha “Dolly” no campo da Atenção Psicossocial não se possível e também não seria desejável.

Mental deve considerar a pertinência de ações que transponham seu campo específico caminhando em direção à intersectorialidade. Não apenas em relação à organização de serviços, mas também no que se refere à necessidade de transformação da forma de olhar para a questão da loucura que perpassa todos os espaços da sociedade. Além disso, outros programas sociais "disponíveis" se constituem em suportes necessários à clientela assistida nos novos dispositivos. Estas ponderações visam a ressaltar a singularidade de cada uma das experiências, considerando o contexto político no qual estavam inseridas e suas implicações nas propostas de estruturação do modelo.

Os contextos de implantação o Centro de Atenção Psicossocial Luiz Cerqueira e os Núcleos de Atenção Psicossocial de Santos nos permitem uma demarcação fundamental em relação à gestão pública municipal e estadual. Em Santos, o dispositivo NAPS foi implantado com o objetivo de ser o organizador da rede de Saúde Mental, ou melhor, seu principal dispositivo assistencial. Configurava-se como parte da rede de um programa de Saúde Mental cujo posicionamento estratégico era constituir um modelo assistencial substitutivo ao hospital psiquiátrico. O contexto dessa elaboração foi marcado por uma gestão política do sistema público municipal comprometida com as questões sociais e que adotava como pressuposto a noção de cidadania. Desta forma, o investimento do poder público nas áreas de políticas sociais e o incentivo à participação popular possibilitavam a incorporação de políticas de Saúde Mental que contemplassem o Paradigma da Atenção Psicossocial (Chioro, 1998, p. 23).

Destacamos que, como já discutido, a construção do novo modelo envolve aspectos técnicos, éticos e culturais. No entanto, também demanda vontade política, no sentido do investimento de recursos⁴¹ para a implementação de suas estratégias.

Desta forma, para compreender a configuração do programa de Saúde Mental santista em sua proposta de substituir o recurso do hospital psiquiátrico como dispositivo de assistência – e desconstruí-lo enquanto conjunto de saberes e práticas – devemos considerar o compromisso do gestor público. Na experiência santista, este viabilizou investimentos, para a construção de uma rede de assistência, no que se referia às estruturas físicas, aos recursos humanos e agenciamento de políticas de suporte social à clientela. Por outro lado, a inserção da sociedade civil organizada através da criação de mecanismos de

⁴¹ Os recursos necessários não dizem respeito apenas ao aspecto orçamentário-financeiro. Envolvem também o poder de barganha, o enfrentamento de pressões políticas por parte do setor privado, a escuta dos questionamentos com espaço para repensar posições, entre outros.

participação popular permitiu um diálogo mais intenso com a comunidade e facilitou a defesa dos valores éticos do novo modelo proposto (Chioro, 1998, p. 40-44).

É claro que não temos a ilusão de que o investimento do gestor por si só resolveria a complexidade da construção do novo paradigma. Sem um embasamento nos marcos teórico-técnicos das questões apresentadas na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, a efetivação de uma ruptura com o modelo tradicional dificilmente se viabilizaria. No entanto, buscamos enfatizar a relevância do ator "poder público" no cenário de estruturação de uma política abrangente, de caráter intersetorial.

De modo distinto, o contexto de implantação do CAPS Luiz Cerqueira foi fruto da mobilização de um grupo de profissionais que questionavam o modelo assistencial existente. Era uma unidade subordinada à gestão estadual. Cabe ressaltar que, até o final do governo de Franco Montoro, em março de 1987, vinha sendo estruturado um modelo de atenção em Saúde Mental inspirado no preventivismo americano e, apesar das críticas a esta proposta, a rede de Saúde Mental foi ampliada. Com a mudança de governo houve um redirecionamento de prioridades em todo o sistema público de saúde. A nova gestão não apresentava um posicionamento claro em relação à construção de um novo modelo assistencial em Saúde Mental e as ações implementadas culminaram com a desarticulação de diversos trabalhos em andamento (Yasui, 1999).

Esta gestão, apesar de caminhar para a estruturação da municipalização do SUS – o que poderia nos sinalizar um posicionamento progressista no contexto da época (1986) – não incorporava como bandeira à inclusão social dos portadores de transtornos mentais. Desta forma, as políticas voltadas para o suporte a esses grupos e as estratégias de assistência às minorias não constavam da agenda prioritária do poder público (Yasui, 1999). Por outro lado, não foi encontrado, na bibliografia consultada, relato sobre um planejamento das ações a serem priorizadas pelo programa de Saúde Mental e/ou uma interlocução dessa coordenação com os movimentos sociais. Segundo Goldberg (1992, p. 83), estava em curso à época uma política de desmantelamento da rede assistencial de Saúde Mental.

O projeto de implantação do CAPS tramitou nas instâncias administrativas no final da gestão de Montoro e não o configurava enquanto um dispositivo estratégico, no que diz respeito à política desenhada pelo programa de Saúde Mental para orientação da assistência. Podemos considerar que o mesmo se apresentava como uma experiência-piloto de transformação do modelo assistencial tradicional. Entretanto, não se integrava a uma

rede de dispositivos ou estava inserido em uma *estratégia oficial* de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. De acordo com Yasui (1999, p. 188):

“Participar da construção daquele trabalho, naquele momento histórico, era participar, por um lado, de uma espécie de núcleo de resistência à desmontagem que estava sendo empreendida e, por outro, da construção de um lugar de possibilidade, de invenção, de criação”.

Esta dimensão do contexto histórico-político nos aponta para uma diferenciação da infra-estrutura disponibilizada e também dos recursos (no sentido anteriormente descrito) destinados à potencialização de seu papel na rede de Saúde Mental existente em São Paulo. A questão do controle das internações, a política de desinstitucionalização da clientela internada há longo tempo⁴², as políticas de suporte social (p.ex., o fornecimento de bolsas-auxílio para os egressos de hospitais) passavam ao largo da intervenção do serviço em seu sentido "macropolítico", de organização da rede como um todo.

A partir desta, análise apontamos para a perspectiva de que, ao colocarmos em discussão a transformação de um modelo assistencial, é preciso deixar claro em qual contexto esta se insere. A conjuntura política determina uma configuração particular a cada projeto, já que influencia diretamente os limites e possibilidades de sua intervenção. No campo da Saúde Mental, isto se traduz no impacto possível sobre a trajetória da demanda psiquiátrica dos locais onde o modelo vem sendo desenvolvido.

Por sua vez, a discussão sobre a gestão local do sistema de saúde, ou seja, a municipalização se apresenta fundamental no redesenhar as estratégias das políticas públicas de Saúde Mental. A experiência santista aponta para esta perspectiva, quando observamos o papel determinante do nível municipal na implementação de seu programa de Saúde Mental. A elaboração de políticas públicas de saúde pela esfera municipal possibilita o planejamento e execução de ações que considerem as especificidades locais além de permitir a participação mais efetiva da comunidade. Concordamos com Teixeira (2000, p. 276), quando, ao discutir o fortalecimento do nível municipal, afirma que este é: *“(...) espaço onde se pode apreender mais concretamente a situação de saúde da população e por em marcha processos de mudança das condições de vida”.*

⁴² O Estado de São Paulo é o que possui o maior número de leitos psiquiátricos do Brasil.

O nível estadual de gestão, como executor da assistência local, com raras exceções, não se coloca enquanto uma alternativa eficaz. A mesma autora destaca o papel do nível estadual como de:

“‘indutor’ das mudanças e de cooperação técnica para a formação e capacitação de pessoal, ou seja, para a elevação da capacidade de análise e intervenção dos sistemas municipais e microrregionais de saúde sobre os problemas da população de seus territórios”. (Teixeira, 2000, p. 278).

A experiência do CAPS de São Paulo demonstra dificuldades no que diz respeito à possibilidade de intervenções de impacto na demanda psiquiátrica da região, quando consideramos a abrangência possível das ações implementadas⁴³, apesar de haver obtido importantes avanços com a clientela assistida.

Sendo assim, as características encontradas reforçam a premissa que a transformação do modelo assistencial em Saúde Mental necessariamente deve passar pela gestão do poder municipal.

6.2. Pressupostos do modelo assistencial

As experiências estudadas nos capítulos anteriores trouxeram singularidades em relação aos pressupostos gerais que orientavam seu funcionamento, apesar de ambos estarem implicados na construção de um novo modelo assistencial em Saúde Mental e apresentarem semelhanças no que diz respeito à forma de intervenção cotidiana. Buscamos discutir neste item algumas noções percebidas como prioritárias no desenvolvimento dos projetos e problematizá-las à luz de sua contribuição ao Paradigma da Atenção Psicossocial.

1 - Caracterização do dispositivo e da clientela

⁴³ Estamos considerando esta abrangência no que diz respeito à capacidade de articulação com a totalidade dos recursos da rede. Ou seja, controle da porta de entrada e das emissões de AIHs, supervisão hospitalar e elaboração de propostas de desinstitucionalização da clientela de longa permanência dos hospitais psiquiátricos, apenas para citar alguns exemplos.

A construção de um modelo assistencial em Saúde Mental que se diferenciasse do que hegemonicamente era oferecido – quais sejam, ambulatórios superlotados, consultas relâmpago, respostas padronizadas e internações freqüentes – era o objetivo descrito no projeto de implantação do CAPS Luiz Cerqueira (Goldberg, 1992). Este apontava a circunscrição da clientela a portadores de transtornos mentais graves, por considerar que a rede hierarquizada existente não era capaz de suprir as necessidades de cuidado que esta população exigia, atribuindo a esta rede papel determinante no processo de institucionalização e comprometimento da vida de relações desse grupo (Goldberg, 1992).

A estratégia de atuação estava voltada para a estruturação de um *modus operandi* de viés clínico-institucional. Não foi observada ênfase na intervenção na rede assistencial como um todo. A tentativa era por se constituir em um serviço "continente", para abarcar com qualidade o tratamento daquela clientela.

Um dos pontos a destacar era a possibilidade de acolhimento de uma clientela em situação de "crise" (Yasui, 1999). No modelo tradicional, quadros agudos são indubitavelmente absorvidos pela estrutura de maior complexidade – o hospital psiquiátrico. O CAPS inaugurava a compreensão de que era possível, através de um suporte intensivo (atenção diária), assumir esse cuidado.

Esta discussão nos remete também à problematização da hierarquização dos dispositivos da rede de Saúde Mental, cuja principal implicação é a peregrinação do paciente por diversos dispositivos sem que nenhum destes se responsabilize pela integralidade de seu cuidado. No projeto acima, podemos vislumbrar uma redução dessas situações com uma proposta comprometida em acolher quadros graves, inclusive em fase aguda.

Esta questão se entrelaçava na conceituação do tipo de dispositivo proposto, que no caso do CAPS Luiz Cerqueira era definido como uma *estrutura intermediária*. Este conceito pressupunha uma intervenção com vistas a uma preparação do sujeito para a inserção comunitária. Na prática, isto dizia respeito à concepção de que o paciente necessitaria de uma intermediação para o retorno à vida social (Goldberg, 1989). Aponta para a compreensão de que a desospitalização, o retorno à família e o acompanhamento ambulatorial não significam *per se* qualidade de vida para o portador de transtorno mental. Sinaliza também para os riscos de um serviço que se proponha a um acompanhamento sem uma perspectiva de finalização. Se, por um lado, uma estrutura de passagem pode nos remeter à noção de uma hierarquização do sistema – com as conhecidas implicações dos

reencaminhamentos de casos problemas – por outro, problematiza a noção de “cronificação”, apontando para este risco mesmo nessa estrutura. A relação de dependência institucional criticada no paradigma manicomial não se esgota com o simples deslocamento do local de tratamento para um dispositivo extra-hospitalar e, desta forma, a questão deve estar sempre em pauta quando a proposta é a produção de subjetividade com vistas a uma autonomia possível da clientela. A perspectiva de um “*lugar de passagem*” (Pitta, 1994, p. 649) pode contribuir para dinamizar a relação instituição-paciente, evitando a institucionalização. Sendo assim, demanda um investimento na clientela assistida, através da construção de uma rede de suporte externo que permita ao usuário prescindir de uma inserção institucional definitiva.

Os NAPS de Santos, em sua proposta de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, apresentavam configuração diferenciada. Não havia uma circunscrição de clientela, apesar de uma priorização ser dada aos portadores de transtornos mentais mais graves. Entretanto, havia uma diretriz de absorção de toda a demanda psiquiátrica sob responsabilidade do território ao qual pertencia, não sendo diferenciado o local de tratamento, mas sim a forma de inserção. Esta diretriz diz respeito à noção de responsabilização pela demanda⁴⁴. Campos *apud* Chioro (1998, p. 114) definia como “*unidades sínteses*” do sistema ao discutir a inexistência de níveis hierárquicos desses dispositivos de assistência em Saúde Mental em Santos.

A experiência santista utilizava a conceituação de “*serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico*” para definir os NAPS. Essa noção pressupunha o atendimento de toda a demanda psiquiátrica, independentemente da situação de crise que se apresentasse, sem que esta fosse encaminhada para dispositivos de internamento. Nicácio (1994, p. VII) destaca a proposta de “construção de uma rede de serviços totalmente substitutivos ao manicômio”.

Esta proposição significava a necessidade de estruturação de uma rede de recursos, não apenas no campo assistencial da saúde, que pudesse acolher o sofrimento psíquico em suas diversas apresentações e uma mudança da lógica de intervenção tradicional amparada na exclusão do diferente (Nicácio, 1994). Além disso, essa experiência levantava o questionamento quanto à possibilidade de se prescindir de dispositivos hospitalares

⁴⁴ Esta noção, como descreve Nicácio (1994, p. 99), “*se configura como a prática de responsabilidade da instituição, da equipe, em assumir o ‘cuidar de uma pessoa’ da área territorial correspondente*”.

(hospitais psiquiátricos) para a assistência em Saúde Mental, através da implantação de uma rede de serviços que operava na prática tal orientação. A experiência santista também trabalhava com a concepção de que o convívio de uma estrutura manicomial com uma rede "alternativa" de Saúde Mental prioritariamente extra-hospitalar – mesmo com unidades de atenção diária – era um entrave na estratégia de desinstitucionalização (Nicácio, 1994).

2 - A cultura asilar

Aproveitamos estas considerações para acrescentar a questão da "cultura manicomial". A influência desta permite sempre um "vazamento na torneira" do sistema, mesmo sendo este pautado num paradigma transformador. Ou seja, a dificuldade da desconstrução da cultura instituída sobre a loucura é reforçada por mecanismos de entrada na trajetória asilar que se mantêm presentes, mesmo sob uma política oficial de reorientação do modelo. Ressaltamos também uma percepção empírica da vivência de trabalho em Centros de Atenção Psicossocial da autora, em que a disponibilidade e/ou proximidade de leitos psiquiátricos tem como conseqüência aumento do número de internações dos pacientes acompanhados pelo serviço.

3 - Noções e conceitos estratégicos

A experiência santista traz importante contribuição, através da formulação de noções e conceitos que fundamentavam as estratégias de acolhimento e que permitiam a viabilidade de um dispositivo substitutivo. A variedade dessas estratégias demanda uma reflexão sobre o referencial que as justifique e/ou potencialize. Desta forma, destacamos alguns conceitos utilizados:

Disponibilidade – diz respeito à capacidade de acolhimento das diversas situações no momento em que estas se apresentam ao Programa de Saúde Mental. Este conceito implicava atendimento a demandas espontâneas ou referenciadas, sem agendamento prévio. Pressupunha atendimento às crises tanto de pacientes matriculados no NAPS, quanto às emergências da comunidade. Neste aspecto, era determinante a variedade de instrumentos disponíveis, quais sejam, recursos de infra-estrutura como profissionais em número adequado para a demanda de funcionamento da unidade e transporte, funcionamento 24 horas, atendimento domiciliar, atendimento telefônico, atendimento às emergências, com avaliação e intervenção terapêutica imediata na unidade, resposta à

demanda de busca ativa das famílias (quando indicada no caso), possibilidade de acolhimento integral no serviço (Chioro, 1998).

Deste modo, o modelo assistencial proposto possuía instrumentos que o capacitavam para responder às demandas de crise, suscitando maior confiabilidade, que era determinante para a aceitação social do dispositivo proposto. Além deste aspecto, podemos sinalizar para a questão da acessibilidade aos serviços, traduzida numa cobertura efetiva da população adstrita.

Direito de asilo – a existência de leito para acolhimento em regime integral que determinava o funcionamento 24 horas e todos os dias da semana. O direito de asilo significava a possibilidade de acolhimento ao paciente em momentos nos quais precisava de proteção. Desta forma, não estava restrito a situações de agudização de sintomas (Chioro, 1998).

A proposta de ressignificar esta intervenção, não a caracterizando como uma internação tradicional, se explicitava primeiro com a diversidade de situações de acolhimento possíveis – estendia-se da solidão noturna ou nos fins de semana ao medo de perder a hora no primeiro dia de trabalho, passando pelos conflitos familiares e calamidades no local de residência. Além disso, havia a determinação de se manter as portas abertas, o que era significado como uma possibilidade de manter o sujeito em ambiente protetor, sem que isto configurasse uma forma de isolamento (Kinoshita, 1996). Cabe ressaltar que este era também um posicionamento da equipe do CAPS Luiz Cerqueira, que apenas mantinha as portas fechadas quando havia algum paciente em fase de agudização e sua saída constituísse risco para sua integridade. As "portas abertas" falam para além da liberdade de ir e vir, apontam para a necessidade de serem estabelecidos compromissos entre os envolvidos no processo de tratamento (técnicos e usuários) e para o reconhecimento do paciente como agente ativo desse processo.

O direito de asilo levanta uma discussão da relação desenvolvida pela unidade com o paciente. Permite-nos sinalizar, por um lado, o impacto para o paciente da certeza de possuir um suporte efetivo em qualquer situação. Por outro, nos aponta para os riscos de uma relação de dependência institucional e de uso indiscriminado dessa forma de acolhimento a qualquer momento que seja solicitado.

Apesar de reconhecer a importância deste recurso e sua diferenciação da internação tradicional, a necessidade de uma constante vigilância da equipe na utilização destes é

fundamental para uma ação terapêutica do mesmo. O fato de existirem leitos e estes serem inseridos em estrutura de portas abertas não implica por si só mudança do referencial de seu uso. Lembramos que a utilização de leitos para a resolução de problemas sociais é historicamente uma característica do modelo manicomial. Sendo assim, a clareza do conceito de direito de asilo entre os membros da equipe é determinante para se ressignificar o sentido desse acolhimento e mistar na ruptura com a conotação dada à internação no modelo tradicional.

4 - Desinstitucionalização

A *desinstitucionalização* foi adotada pelo programa de Saúde Mental de Santos como seu principal postulado teórico, significando importante contribuição para a Reforma Psiquiátrica brasileira, no que diz respeito à operacionalização no território⁴⁵. Esta noção, hoje incorporada por diversas propostas de transformação do modelo assistencial (inclusive pela OMS – salvaguardando as "adaptações" realizadas) aponta para um processo amplo que não envolve apenas a desospitalização (Nicácio, 1994, p. 36). Os NAPS de Santos tiveram a especificidade de que, ao serem estruturados a partir da desmontagem de um hospital psiquiátrico, operacionalizaram, em sua proposta, as estratégias apontadas por esta noção.

A forma de perceber a desconstrução do modelo manicomial como uma tarefa para além da extinção do manicômio (Nicácio, 1994, p. 36) traz em seu bojo a inserção desta no contexto de um processo social. Sendo assim, os NAPS se caracterizavam pela inserção no território, pela interlocução com os movimentos sociais, pela organização de serviços diferenciada em sua hierarquia de poder e de relações institucionais, o deslocamento da doença como foco de intervenção, entre outros⁴⁶ (Nicácio, 1994). Desta forma, demarca um campo de intervenção cuja amplitude traduz a necessidade de uma configuração técnico-política das estratégias de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. A estruturação da assistência nos Núcleos de Atenção Psicossocial era balizada por esta noção.

⁴⁵ Fazemos esta ressalva, pois o conceito *desinstitucionalização* não é originário do projeto santista. É uma noção utilizada pela Psiquiatria Democrática Italiana mas que no programa de Saúde Mental de Santos teve seu primeiro momento de operacionalização em território brasileiro.

⁴⁶ Optamos por detalhar estes pontos em momento posterior deste capítulo.

Sendo assim, paralelamente às ações que diziam respeito ao campo técnico, o modo de olhar o sofrimento psíquico descrito no programa de Saúde Mental apontava para a necessidade de intervenções sociais. O pressuposto do resgate da cidadania do louco e a introdução da discussão sobre a tutela são instrumentos utilizados por esta experiência no processo de construção do Paradigma da Atenção Psicossocial que se refletem atualmente na estratégia de ação de diversos programas de Saúde Mental no Brasil.

5 - Tutela como direito

Neste sentido é importante ressaltar que a questão da *tutela* se coloca de modo complexo quando nos reportamos a um modelo que se propõe a lidar com quadros graves, a partir dos pressupostos do direito à liberdade sobre os corpos. A necessidade de uma intervenção protetora e algumas vezes até involuntária ao paciente esbarra nesta questão. Sendo assim, os NAPS santistas apontavam para uma ressignificação do conceito de tutela no qual esta se configurava como instrumento de mediação para a uma retomada do percurso de vida do paciente. Desta forma, não estava contaminada pelo sentido de incapacidade e irresponsabilidade do sujeito tutelado (Nicácio, 1994).

A dificuldade em estabelecer os limites entre o direito à liberdade e o compromisso com o cuidado a esta clientela – que em alguns momentos demanda intervenções mais radicais – por vezes tem como consequência uma desassistência ou gera sentimentos conflitantes na equipe que se percebe como reprodutora da cultura manicomial. A discussão da tutela apresentada pelos NAPS de Santos configura uma forma de olhar para uma situação que, com frequência, é uma inquietação cotidiana para as equipes dos novos serviços e traz, assim, subsídios para o repensar das práticas cotidianas.

6 - Cidadania

Outro aspecto da discussão da desinstitucionalização trazida pela experiência de Santos se situa no âmbito do entendimento da noção de cidadania. Esta, que em sua definição clássica pressupõe a autonomia e o poder de estabelecer um contrato social, assumia uma concepção diferenciada no âmbito do Paradigma da Atenção Psicossocial. Na concepção apresentada pelos NAPS, a noção de cidadania contemplava o direito de proteção, sem que isto se traduzisse na irresponsabilidade e conseqüente incapacidade do

indivíduo. Koda (2002, p. 89) destaca a noção de uma “*passagem do lugar da minoridade para um lugar de reciprocidade*”. Atualmente, podemos percebê-la como demanda presente no dia-a-dia dos serviços comprometidos com o novo paradigma. Questões de rotina, como as freqüentes discussões no INSS para que este forneça o "benefício" ao próprio paciente sem que ele seja curatelado, é um bom exemplo das dificuldades no encaminhamento desta concepção de cidadania.

Ao transformar o objeto de intervenção, que passa a ser o sujeito na complexidade de sua existência, as experiências em questão trazem para sua estratégia de ação a peculiaridade de um olhar ampliado sobre este indivíduo. Não se introduzindo na discussão de uma origem "biopsicossocial" do distúrbio mental, apontam para um olhar que considera o sofrimento psíquico no contexto de uma história. Desta forma, autorizam a emergência de um sujeito com desejos, angústias e necessidades para além das manifestações sintomatológica que apresentam.

No contexto do Paradigma da Atenção Psicossocial se opera a mudança da ênfase de intervenção. O foco deixa de ser o olhar sobre a doença e se volta para o sujeito em sofrimento com sua história de vida. Estabelece-se uma ruptura com o paradigma manicomial, em que a doença era o objeto do conhecimento. Sendo assim, as estratégias do tratamento buscam – na lógica racionalista do problema-solução – dar conta deste "problema", através de uma ação/"solução" pontual em sua principal manifestação, qual seja, o sintoma. Este modelo pautado no diagnóstico nosológico tinha sua expressão de intervenção em um tratamento centrado no paradigma médico-psicológico e se expressava no isolamento e nas intervenções farmacológicas.

7 - Inserção no território

A reorientação do olhar apontada pelas experiências estudadas caminhavam no sentido de uma assistência que transpunha os limites da instituição e se inseria nos espaços de vida do sujeito em tratamento. Além da intervenção nas manifestações de seu quadro clínico⁴⁷, as demandas de lazer, trabalho e moradia, por exemplo, também faziam parte do cuidado. Sendo assim, a clínica não era restrita aos espaços da instituição. A comunidade

⁴⁷ Acreditamos ser importante destacar que essas experiências não adotavam a concepção de uma origem social do transtorno mental ou sequer faziam sua apologia como sendo este uma forma de protesto do indivíduo contra a sociedade. Os psicofármacos também eram considerados importantes mas destacamos que o cuidado com o paciente não se restringia a sua utilização.

era considerada local de investimento, já que lá se estabeleciam as possibilidades para o exercício de seu poder de trocas, de sua contratualidade (Chioro, 1998). Como forma de operacionalização, a estratégia utilizada era a noção de *inserção territorial*. O conceito de território não se restringia a uma divisão geográfica, mas sim a algo da ordem do local de pertencimento. Espaços onde se travam as relações de afeto, os encontros, o lugar de entrecruzamento do sujeito com seus referenciais de vida e a comunidade. A inserção no território transformava o técnico em um mediador das relações entre o sujeito e a comunidade (Chioro, 1998, p. 51). Apontava para incursões nos espaços cotidianos da cidade, na vizinhança nos lugares que fazem de um local o "lugar"⁴⁸ que o sujeito habita.

As experiências estudadas trabalhavam este conceito em sua prática institucional. Os acompanhamentos aos pacientes em suas incursões externas eram incorporados no leque das modalidades de atendimento.

Uma especificidade dos NAPS em Santos eram as incursões realizadas, pelas equipes, na comunidade de sua cobertura. No período inicial de implantação das unidades, os profissionais realizaram uma espécie de incursão exploratória pelo território, no sentido de um reconhecimento do espaço. Ao perceberem as condições de vida, os recursos disponíveis, os lugares de encontro, enfim, a dinâmica do local, potencializavam sua compreensão das questões envolvidas nos casos atendidos e estavam mais subsidiados para lançar mão dos instrumentos possíveis de serem oferecidos por aquela comunidade (Nicácio, 1994). Deste modo, também, ao reconhecerem e serem reconhecidos como parte do território em que estavam inseridos, autorizavam uma permeabilidade instituição/comunidade, na qual esta se apresentava mais sensibilizada para repensar suas premissas em relação à loucura.

8 - A relação reabilitação e tratamento

Uma característica estratégica dos projetos estudados era a noção da relação entre reabilitação e tratamento. Apesar de, na prática, se diferenciarem na forma de execução das intervenções⁴⁹, ambos os dispositivos convergiam na premissa de que a reabilitação não se

⁴⁸ Utilizamos aqui o conceito de Saraceno (1999, p. 99) que, sobre o tema, ressalta: “a passagem de ‘espaço’ a ‘lugar’ é um processo complexo que diz respeito não só à arquitetura mas sobretudo às relações entre os homens (afetivas e de poder)”.

⁴⁹ O CAPS Luiz Cerqueira desenvolvia projetos de inserção laborativa, através de uma parceria de um de seus núcleos de trabalho (núcleo de projetos especiais) e a AFB. Já o programa de Saúde Mental de Santos

dava como um estágio posterior a uma suposta estabilização dos pacientes; ou melhor, não se inseria como uma etapa final do tratamento (Chioro, 1998, p. 77). A reabilitação era encarada como um elemento potencializador do cuidado, já que “*buscava a reprodução social e qualidade de vida*” dos sujeitos (Chioro, 1998, p. 80), ou podemos dizer também, o “*aumento de sua contratualidade social*” (Pitta, 1994, p. 649).

A questão da reabilitação no que dizia respeito à discussão da inserção no mercado de trabalho era permeada pela concepção de que o retorno à vida produtiva determina de modo ímpar a imagem que o sujeito possui de si mesmo. Ao potencializar sua independência e valor social, transforma sua imagem perante os envolvidos em seu contexto de vida e, desta forma, gera possibilidade de novos agenciamentos – objetivo prioritário da clínica no Paradigma da Atenção Psicossocial. Na dinâmica desses serviços, o reflexo desta concepção era a coexistência, no projeto terapêutico dos pacientes, de uma inserção paralela nas atividades terapêuticas regulares e nos projetos de reinserção no trabalho.

9 - Formação de recursos humanos

O CAPS de São Paulo de forma singular apresentava como um de seus objetivos a produção teórica sobre a prática implementada. Podemos observar desde seu projeto de implantação uma preocupação com a formação profissional, quando era definido como “*um projeto docente-assistencial*” (CSM, 1986, p. 1). Destacamos a importância deste aspecto, já que a formação de profissionais comprometidos com o Paradigma da Atenção Psicossocial atualmente acontece prioritariamente nas unidades assistenciais. As universidades ainda caminham a passos lentos, no que diz respeito às transformações do modelo assistencial em Saúde Mental. Desta forma, a preocupação com a produção de um conhecimento específico desenvolvido através da experiência assistencial da unidade configura uma importante contribuição para a construção do novo paradigma.

6.3. Espaço arquitetônico

possuía uma Unidade de Reabilitação Psicossocial (URP), com sede própria e organizada pelos técnicos do programa (Chioro, 1998, p. 137).

A proposta de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental do CAPS de São Paulo e dos NAPS santistas incluiu investimentos na construção e organização do espaço arquitetônico dos serviços. A questão do espaço é aqui abordada em dois aspectos: o da localização e a estrutura física. Compreende-se esta discussão não apenas como a retirada do dispositivo assistencial da estrutura física do manicômio, mas também sua radical aproximação da comunidade (Chioro, 1998; Nicácio, 1994). Este último aspecto se apresenta como determinante na desconstrução do imaginário da sociedade local, em relação a quem são e como são os ditos "loucos". Permite também que – ao se inserir em ruas habitadas, terem vizinhos, irem e virem da padaria, comprarem guloseimas no baleiro do ponto do ônibus, enfim, vivenciarem a rotina do lugar – desenvolvam em si e na comunidade o sentimento de pertencimento.

O primeiro aspecto levantado, a estrutura física, surge como diferencial do modelo assistencial tradicional em ambas as experiências. Os serviços foram estruturados em locais radicalmente diferentes das unidades de saúde ou dos hospitais psiquiátricos. A percepção da necessidade de desenvolver uma ambiência afetiva, de acolhimento, levou à implantação destes em casas. Estas, por sua vez, foram decoradas com a preocupação da reprodução dos espaços de acolhimento de um lar, com um mobiliário distinto dos assépticos móveis de escritório padrão nas instituições públicas (Nicácio, 1994; Pitta, 1994). A presença de salas de estar, cozinha, quartos e a livre circulação apontam para a reprodução do sentido que uma casa carrega. O "lugar" onde o paciente pode construir seus próprios espaços e sentir-se à vontade também para a simples convivência.

Utilizamos as considerações de Carvalho (1999, p. 7), que destaca:

“Na instituição asilar, o espaço pessoal é invadido de uma patologia ambiental. No primeiro sentido – o de espaçamento entre os indivíduos – esse espaço se mostra sempre invadido por outrem, precárias do ponto de vista do conforto ambiental, sendo também precárias as regiões em que ocorrem as relações afetivas. (...) quanto à personalização dos espaços habitados pelo usuário – essa personalização é inviável na estrutura manicomial, na qual inexistem lugares habitados, o que há são localizações impessoais, aglomerados humanos, lugares demarcados hierarquicamente”.

A afirmação da autora destaca o papel da distribuição espacial e da "ambiência" nas relações interpessoais. Apontamos para este aspecto, a ser considerado na construção

do Paradigma da Atenção Psicossocial, utilizando análise da mesma autora sobre a arquitetura (Carvalho, 1999, p. 3):

“(...) no caso da Reforma Psiquiátrica, ela pode participar criando dinamismos que permitam a transitividade do paciente à cidade, transitividade que se faz de espaços poéticos: espaços pluridimensionais, sem os recortes que separam, hierarquizam e rotulam o indivíduo em função da sua fragilidade”.

6.4. Cotidiano da atenção

A perspectiva de transformação do modelo assistencial tradicional pressupõe, além das mudanças conceituais, uma reorganização dos serviços. Para abarcar a complexidade das demandas que se apresentam, a configuração dos novos dispositivos deve levar em conta também seu leque de atividades e a *acessibilidade*. As duas experiências apresentadas desenvolveram formas de lidar com esta questão com algumas semelhanças e diferenças dentro de suas especificidades.

1 - Regime de funcionamento

Nestes dispositivos, o regime de funcionamento se dava no esquema de atenção diária. Isto significava uma dinâmica em que o usuário poderia frequentar o serviço todos os dias e permanecer do início do expediente até seu final. De acordo com o projeto terapêutico de cada um, era definida a frequência, ou seja, não se trabalhava com uma mesma resposta para todos. As diferenciações diziam respeito ao período de funcionamento.

Em uma delas (o CAPS), o funcionamento era de segunda a sexta-feira, das oito horas da manhã às cinco horas da tarde, com abertura esporadicamente aos sábados para eventos promovidos pela unidade com usuários e/ou familiares (Goldberg, 1998). Em outra, os NAPS, funcionavam em período de 24 horas durante os sete dias da semana, com um número de seis a oito leitos para hospitalidade noturna e integral. O horário de atendimento da maioria da clientela – o que se denominava hospitalidade diurna – era de oito da manhã às sete horas da noite (Chioro, 1998). Ressaltamos que este diferencial nos reporta ao papel de cada dispositivo na rede que compunha e também ao caráter deste dispositivo, conforme já discutido.

Na perspectiva de um funcionamento diário, havia em ambos os dispositivos o fornecimento de alimentação na própria unidade. Este aspecto se coloca como determinante para o acesso do paciente a um programa de tratamento deste tipo, principalmente dada a precária condição socioeconômica em que vive a população brasileira. Não seria viável sua saída para almoço, seja em casa ou em algum local próximo, pois demandaria investimentos financeiros e de ordem subjetiva com os quais a maioria da clientela não pode arcar.

Em serviços de atenção diária, nos quais por vezes há algum problema no fornecimento das refeições, é percebida de imediato uma redução da frequência dos pacientes que em muitos lugares chega a quase 50%⁵⁰. No mesmo sentido, destacamos que nessas experiências havia o fornecimento de passes para o transporte (Goldberg, 1992; Chioro, 1998). Este aspecto, pelos mesmos argumentos socioeconômicos, também contribuía para a *acessibilidade* destacada acima.

2 - Menu de atividades

As experiências analisadas apresentavam ênfase nas atividades coletivas. Cabe ressaltar que o proposto como tratamento em atenção diária por ambas envolvia uma diversidade de modalidades de atendimento. No período em que o paciente se encontrava na unidade, este poderia frequentar as oficinas terapêuticas, grupos psicoterápicos, a consulta médica e/ou psicológica individual, o atendimento familiar e ainda participar de atividades externas (os passeios). A visita domiciliar fazia parte da rotina dos serviços quando a condução dos casos assim demandasse. O acompanhamento terapêutico era um recurso utilizado por ambos os serviços em sua rotina, no entanto, em um destes a impossibilidade de se custear o projeto resultou no encerramento desta modalidade (Goldberg, 1998).

Destacamos a singularidade da proposta santista, que, ao ser a referência de toda a demanda em Saúde Mental do município, também abarcava os atendimentos de emergências. Estas poderiam ocorrer na própria unidade ou em outros espaços da comunidade. Também eram oferecidas consultas ambulatoriais e os leitos se destinavam ao acolhimento integral em algumas situações de crise. Aspecto importante da *acessibilidade*

⁵⁰ Esses dados são trazidos a partir da experiência da autora como coordenadora de centro de atenção psicossocial e pela observação do cotidiano de várias unidades que passaram pelo mesmo problema.

ao serviço era a possibilidade de o paciente ser assistido mesmo quando não podia e/ou queria ir até a unidade. A resposta do serviço com a busca ativa⁵¹ era uma das intervenções voltadas para equacionar tais situações.

As atividades coletivas diziam respeito, em sua maior parte, às oficinas terapêuticas. Estas aconteciam diariamente, variando apenas o tipo de atividade desenvolvida. Eram momentos de encontro, diversos também em sua complexidade. Sobre este aspecto, destacamos que as oficinas também se apresentavam com atividades mais simples, de caráter expressivo, e outras mais elaboradas, que exigiam do paciente maior habilidade ou capacidade de concentração e verbalização. Desta forma, as unidades possuíam grande variedade de ofertas, buscando oferecer ao paciente maior possibilidade de identificar-se com alguma proposta. Utilizamos Saraceno (1999, p. 95-96) para apontar a importância de um dispositivo com um *menu* variado de ofertas:

“(...) um serviço de alta qualidade deveria ser um ‘lugar’ (constituído de uma multiplicidade de lugares; oportunidades comunicantes) permeável e dinâmico, onde as oportunidades (ou seja, os recursos e as ocasiões negociáveis) encontram-se continuamente à disposição dos pacientes e dos operadores”.

3 - Espaços de participação

Entre os espaços de coletivização dos serviços, uma característica marcante em ambas as experiências era o espaço destinado à realização das assembléias. Estas eram singulares, porque não se propunham apenas a ser um espaço de discussão das experiências de cada um. Como principal característica, apresentavam a proposta de funcionar como um espaço de questionamentos e rediscussão do projeto dos serviços. Desta forma, envolviam os profissionais e os pacientes num processo democrático de discussão, no qual todos poderiam se posicionar e seriam ouvidos. Destas assembléias poderiam surgir inclusive novas configurações na estrutura do serviço, como por exemplo, no CAPS, local de definição do que poderia ou não ser implementado em relação às atividades de oficinas. Na experiência do CAPS Luiz Cerqueira, todas as atividades sugeridas deveriam passar pela

⁵¹ Esta modalidade consistia na ida de profissionais do serviço ao local onde se encontrava o paciente, geralmente em sua casa. Poderia ocorrer por solicitação de familiares ou quando a equipe percebia o não-comparecimento de um paciente grave à unidade (Chioro, 1998).

aprovação da assembléia com os profissionais e os pacientes. O espaço era aberto para apresentação das propostas de todos e vários projetos surgiram nessas discussões.

Ainda em relação à dinâmica interna do dispositivo, outra singularidade no CAPS era o que chamavam de “sala aberta”, cuja idéia era funcionar como um local de possibilidades diversas em que o próprio usuário poderia estruturar o que desejasse fazer. Funcionava em uma sala da casa com vários materiais distintos e um técnico permanentemente disponível para “estar” com os pacientes que ali optassem por ficar. Esta proposta surgiu como estratégia possível de trabalho com os usuários que não conseguissem se inserir em nenhuma atividade da casa, permanecendo circulando de um lado ao outro ou fumando o dia inteiro sem estabelecer qualquer forma de interlocução (Goldberg, 1998).

Esta é uma situação aflitiva para boa parte dos serviços de atenção diária que já estão funcionando há algum tempo. Como lidar com o paciente que, apesar de todos os investimentos da equipe, se mantém à margem das atividades da casa? Esta estratégia, ao considerar que a "senha" de acesso pode ser dada pelo próprio usuário, não apenas ressignifica seu papel no tratamento como aponta um caminho para a reflexão das equipes.

4 - Admissão

Em relação à forma de admissão ao serviço, característica que marca um diferencial do modelo tradicional centrado na figura do médico era o fato de a entrevista inicial não necessariamente ser realizada por um profissional médico. Desta forma, nas duas experiências havia um revezamento entre os profissionais de nível superior da equipe. No entanto, cada qual possuía um desenho diferenciado da triagem.

Os NAPS de Santos possuíam diariamente um profissional da equipe, de nível superior, que era responsável pelo plantão, ou seja, funcionava como um organizador das atividades do dia. A ele também cabia a responsabilidade de realização das entrevistas iniciais. Um aspecto importante na questão do acesso é que as entrevistas não precisavam ser agendadas.

No CAPS de São Paulo havia agendamento. As entrevistas realizadas em grupos, dos quais participavam os pacientes e familiares, sob coordenação de dois técnicos da equipe. Poderiam durar mais de um encontro, até que o profissional tivesse maior clareza da situação e do encaminhamento mais adequado.

Após a entrevista, era estruturado com o paciente um programa de tratamento, denominado “contrato”, termo que diz respeito a sua conotação de compromisso entre as partes e de forma subjetiva implica o paciente no processo de seu tratamento. Em geral, esse contrato é estabelecido e passa a ser acompanhado pelo “técnico de referência”.

Acreditamos ser uma contribuição no que diz respeito à recepção, a forma estruturada pelo CAPS de São Paulo de receber o paciente em seu primeiro dia na unidade. O portador de transtornos mentais tem grande dificuldade no estabelecimento de trocas com o grupo. Desta forma, a inserção em instituição marcada pela diversidade de "estímulos" pode significar no período inicial uma intensa angústia para o recém-chegado.

5 - Referência

A função de referência nessas experiências é desempenhada por um dos membros da equipe. Diz respeito à função de ser o responsável pelo acompanhamento mais direto do tratamento de um paciente. Seria também o ponto de contato da instituição com o paciente e com sua família. Ao técnico de referência compete saber sobre a evolução e a frequência ao tratamento, contactar a família e manter uma relação de troca com esta, avaliar a necessidade de reformular o contrato terapêutico do paciente, manter com este uma vinculação efetiva (Goldberg, 1992). No NAPS de Santos, esta função é desempenhada não apenas por profissionais de nível superior. Além disso, um único paciente pode ter mais de uma referência, de acordo com a complexidade de seu contexto de tratamento.

6 - Participação familiar

Outro fator que consideramos determinante nos projetos de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental é uma abordagem abrangente visando à integralidade da assistência. Sendo assim, as experiências aqui analisadas assumem uma postura inovadora em relação à participação das famílias.

Em geral, no modelo tradicional estas são encaradas ou como fornecedores de informações sobre os atos do paciente ou como responsáveis pelo estado no qual se encontram. São comuns as consultas em que apenas o familiar fala, enquanto o máximo permitido ao paciente é balançar a cabeça para concordar ou não com o relato. Em outros casos, os profissionais evitam por completo o contato com a família, pois esta apenas traz

como forma de comunicação as queixas sobre a não-eficácia do tratamento (“Doutor, aquele comprimidinho azul que o senhor passou foi que nem água!”, “Ih... ele não quer vir não, já tentei de tudo” são falas comuns das famílias). Desta forma, estas são mantidas em posição de receptores de uma “fórmula mágica”, em geral advinda do médico, que irá dar conta dos problemas de seus pacientes.

Nos projetos estudados, cuja proposta inclui deslocamento da postura de passividade dos usuários, as famílias também são incentivadas a assumir outra postura em relação ao tratamento. Nestas propostas o cuidado com o paciente envolve também o cuidado com sua família, a qual é chamada a responsabilizar-se, juntamente com os profissionais e o usuário, pelo tratamento em curso. Como forma de operacionalizar esses deslocamentos, o CAPS de São Paulo e os NAPS santistas criaram espaços de discussão com as mesmas que rompem também com a noção clássica da terapia familiar⁵². A realização de grupos de famílias que acontecem regularmente se constitui no espaço de manifestação das angústias e também de troca de experiências. As intervenções junto aos familiares em ambos os serviços redundaram numa inserção dos participantes na dinâmica não apenas do tratamento, mas do projeto como um todo. Muitos se engajaram na militância pela “causa” da Saúde Mental, e como um dos frutos desse processo foram formadas as associações, que incluem familiares, técnicos e usuários. Por motivações distintas foram constituídas as Associações Franco Basaglia (São Paulo) e Franco Rotelli (Santos).

Existem diferenciações na condução do processo e também no tipo de inserção dos familiares em cada uma delas. No entanto, ressaltamos aqui o desdobramento da compreensão do familiar como parte ativa do tratamento. Por outro lado, a singularidade da participação das famílias no CAPS de São Paulo cabe ser destacada. É óbvio que essa forma de lidar com o familiar não implica que todas as famílias se engajem no processo. O detalhe desta experiência é a particularidade da organização das famílias participantes. Eram organizados encontros sociais, discussões e atividades externas que visavam a consolidar laços de solidariedade entre eles. Em diversas situações envolvendo a adesão de famílias de usuários, o próprio grupo de familiares tomou para si a responsabilidade de intervir perante a família em questão, colocando-se enquanto pessoas que partilham da mesma dor, mas que juntas tentam reconstruir sua trajetória com seus parentes. Estas

⁵² Apesar de essa modalidade também ser utilizada em algumas situações específicas.

estratégias transformam o familiar também em mediador das relações, implicado na potencialização do coletivo.

7 - Trabalho

Dentro dos projetos inseridos no cotidiano das unidades, encontramos a questão do trabalho. Este, que constitui um dos braços da reabilitação⁵³, hoje, com o decorrer de um período maior de funcionamento dos centros de atenção psicossocial, vem se transformando em uma das preocupações do espectro de intervenções desses serviços.

Principalmente após o período inicial do tratamento, quando as questões agudas se apresentam mais estáveis, a demanda pela inserção laborativa, ou melhor, por formas de resgate de uma validação social e familiar, assume importância crucial na vida dos usuários. Neste sentido, estas experiências, com trajetórias que superam uma década, foram formuladoras de projetos pioneiros e, principalmente, de formulações sobre o sentido do trabalho que muito contribuem para o processo atual.

Conforme já pontuamos, nesses serviços a reabilitação e o tratamento estabeleciam uma relação dialética e, desta forma, os projetos de trabalho estavam inseridos em seu cotidiano. Ressaltamos que o trabalho era encarado como um instrumento para o aumento da contratualidade e também uma forma de resgate do valor social do paciente (Chioro, 1998). No entanto, este não se colocava apenas como uma tarefa a ser cumprida na rotina do tratamento. Era compreendido como uma forma de produção de sentido e, sendo assim, contemplava desejos, habilidades e possibilidade de investimento dos usuários.

Nesta perspectiva, havia um leque diversificado de atividades possíveis – principalmente no NAPS de Santos, que, após um período de implantação, se empenhou com o grupo assistido na formação de uma cooperativa. Os projetos envolviam retornos financeiros, que se estendiam de porcentagem sobre o lucro do que havia sido produzido até o pagamento de bolsas de trabalho nos projetos realizados em parceria com empresas públicas – estes na experiência de Santos (Nicácio, 1996). No CAPS de São Paulo, os projetos de inserção no trabalho se constituíram a partir da demanda dos próprios usuários

⁵³ Neste contexto, utilizamos a definição de reabilitação psicossocial descrita por Pitta (1996, p. 21): “*Reabilitação psicossocial* é uma atitude estratégica, uma vontade política, uma modalidade compreensiva, complexa e delicada, de cuidados para pessoas vulneráveis aos modos de sociabilidade habituais que necessitam de cuidados igualmente complexos e delicados” (grifo do autor).

e foram determinantes também na formação da Associação Franco Basaglia. Todos se estruturavam em atividades diárias ou por tarefas a serem realizadas – havia atividades como limpeza de caixas d'água e marcenaria, que não se inseriam em atividades regulares (Goldberg, 1998).

Uma singularidade de Santos eram as capacitações necessárias para o exercício das atividades que envolviam cursos preparatórios e a própria potencialização da autonomia, como aprender a andar de ônibus e a manejar dinheiro.

7 - Portas abertas

Por fim, no que se refere ao cotidiano, ressaltamos a questão das portas abertas dos serviços. A noção de portas abertas possui uma dimensão concreta do objeto "porta", mas carrega o simbólico de um local onde o cuidado se dá a partir da preservação do direito à liberdade e da assunção da capacidade do usuário de se responsabilizar por seu tratamento. É claro que tal estratégia ocasionava situações delicadas no dia-a-dia da unidade, mas como princípio geral introduzia a negociação, a capacidade de estabelecer pactuações com o outro. Deste modo, com ressalvas às particularidades no manejo de cada serviço nas situações de crise, a manutenção das portas abertas era o símbolo da ruptura com o modelo manicomial tradicional.

6.5. Equipe

Na busca de um modelo que rompesse com o paradigma manicomial, a noção de equipe era determinante. O CAPS de São Paulo trouxe contribuições importantes na definição da influência da intervenção da equipe no "modo de fazer" do modelo proposto a partir do conceito de coletivo. A constituição do coletivo passava, por essa equipe, como algo que emergia do consenso de ação, mas que não se operaria apenas nas pactuações explicitadas. Essa "coesão" definiria uma postura do grupo como um todo, que, por sua vez, implicaria ambiência institucional – conseqüentemente refletindo no cuidado com os usuários (Goldberg, 1998).

Sendo assim, a dinâmica das equipes envolvia vários aspectos, que iam das relações institucionais de poder até as noções trazidas por cada um sobre o modelo proposto.

Buscamos a seguir ressaltar as principais discussões sobre este tema encontradas nos projetos.

1 - Ruptura com a hierarquia profissional

A questão do rompimento com um modelo hierarquizado em suas relações de poder, com a codificação de funções por categorias, era percebida como foco contínuo de análise. Por serem equipes multidisciplinares, a interlocução era fundamental para o andamento do projeto. Sendo assim, a criação de espaços de discussão coletivos entre os técnicos e entre estes e os usuários era parte da rotina percebida como forma de construir relações democráticas na instituição (Koda, 2002; Goldberg, 1998; Pitta, 1994). Traduzia-se nas decisões partilhadas pelo conjunto dos profissionais e na escuta dos questionamentos dos usuários.

A busca do estabelecimento de uma relação horizontalizada demarca um campo de trabalho diferenciado no que diz respeito ao olhar sobre o papel de cada categoria profissional. Dizemos isto no que se refere à possibilidade de construção de um conhecimento que ultrapasse a soma de cada área específica. O caminhar em direção a uma interdisciplinaridade pressupunha a disponibilidade para a produção de um novo olhar coletivizado sobre as situações que se apresentam, elaborando sobre estas um arsenal de estratégias não mais liderado por uma especialidade.

Um dos reflexos dessa concepção era a divisão das tarefas do cotidiano. Não havia um *menu* de tarefas referidas a cada categoria. Desta forma, o processo ocorria de acordo com a demanda dos casos e, sendo assim, a condução era realizada de acordo com o vínculo estabelecido com determinado usuário ou a partir da habilidade específica demandada. O médico não se restringia a medicar ou o terapeuta ocupacional a coordenar oficinas expressivas. As funções se revezavam – obviamente, algumas especificidades se mantiveram – e havia a busca de uma plasticidade na condução das ações.

2 - Supervisão

Nas equipes em São Paulo e em Santos foi introduzida uma rotina de supervisão, com um profissional não pertencente aos quadros técnicos dos serviços. O objetivo era

permitir o repensar das práticas e uma freqüente reorientação nos caminhos da clínica implementada.

Este procedimento traz para o novo paradigma a contribuição de se estabelecer uma rotina de avaliação das práticas e permitir às equipes o desenvolvimento de uma capacidade crítica em relação a seu trabalho. Sendo assim, o profissional não é mais um executor de tarefas, mas aquele que participa ativamente da elaboração do processo de transformação.

3 - Concepção ampliada de equipe

Como uma característica peculiar, encontramos no corpo técnico da equipe do CAPS profissionais contratados para a realização de atividades terapêuticas que não pertenciam a categorias profissionais do campo da Saúde ou próximas como a Educação. Eram parte da equipe, denominados monitores, e exerciam atividades específicas, como a marcenaria (Goldberg, 1998). Em Santos encontramos artistas plásticos na equipe do programa, mas inseridos em unidades da rede, como o Centro de Convivência (Chioro, 1998). A inserção de outras áreas nos serviços de atenção diária traz um olhar diferente, outro tipo de cultura externa ao universo *ps'* que permite arejar as estratégias e inovar nas ações. Sobretudo no que se refere ao campo das artes, a entrada desses profissionais viabiliza uma leveza no trato com a loucura e uma certa inserção em seu universo.

4 - Organização das equipes

Retomando algumas contribuições práticas dessas experiências, destacamos a organização do trabalho na equipe do CAPS de São Paulo. Esta, tendo em vista um acompanhamento mais estreito e a necessidade de respostas mais ágeis que a clínica demanda, além do técnico de referência, utilizou a estratégia de subdividir-se em mini-equipes referenciadas a um grupo pequeno de pacientes. Deste modo, além das discussões dos casos em reuniões gerais, as mini-equipes se responsabilizavam pelo encaminhamento do cuidado com suas referências, permitindo uma atenção mais intensiva (Goldberg, 1998).

Sendo assim, buscava-se uma solução para uma questão freqüente entre as equipes de centros atenção psicossocial hoje: a dificuldade em conciliar a demanda de respostas rápidas às situações, o grande número de casos sob responsabilidade do serviço e a

necessidade de partilhar as discussões e encaminhamentos. Numa reunião geral, nem sempre é possível discutir detidamente todos os casos trazidos pelos técnicos. Desta forma acabam sendo discutidos os casos mais agudos, ou melhor, aqueles que mais mobilizam o cotidiano da unidade. Muitas vezes os casos que não se apresentam como um "turbilhão" para a equipe permanecem nas filas de discussão. Os pacientes "quietos", mais ensimesmados, podem passar meses despercebidos.

O cuidado a ser tomado é repensar tal situação. No modelo tradicional, os pacientes ao referirem comer, dormir e tomar os remédios são agendados para cada três meses. O critério para uma frequência aumentada de consultas (em geral médicas) ou um tempo ampliado das mesmas é a apresentação dos sintomas considerados de agudização, traduzidos em sintomas que geram conflitos nas relações familiares. O novo modelo assistencial em Saúde Mental, pautado no Paradigma da Atenção Psicossocial, apesar da ênfase no cuidado individualizado, não se furta ao risco inerente às contradições acima. Desta forma, as experiências apontam para reflexões ainda atuais.

5 - Capacitação e avaliação

Destacamos pontualmente duas estratégias implantadas por essas equipes. A reciclagem dos profissionais bastante detalhada nos relatos das experiências de Santos e o processo de avaliação continuada do CAPS de São Paulo. Ambos são determinantes na construção de um modelo assistencial em Saúde Mental que, em sua definição, se coloca como exercício permanente de inovar em suas práticas. A noção de uma *instituição em movimento* adotada pelo CAPS de São Paulo ou a proposição de não se estabelecer como um modelo pela característica de cristalização que o termo estabelece dos NAPS de Santos apontam para a relevância das duas estratégias.

6.6. Clínica

A discussão da clínica implementada nessas unidades foi inserida como tema específico, no sentido de permitir uma exposição mais didática. No entanto, a clínica é indissociável dos pressupostos e da dinâmica de funcionamento, permeando assim todas as discussões até o presente momento.

Ao tentar trazer à luz os principais aspectos da compreensão da clínica nessas experiências, nos defrontamos com um entrecruzamento de conceitos de várias vertentes teóricas já consagradas, nos quais o leitor poderá se aprofundar em bibliografia específica. Desta forma, optamos por destacar, na visão descrita pelos atores dos processos estudados, a forma como essas teorias foram incorporadas às concepções das equipes. A partir de um repensar sobre os conceitos já estabelecidos, os serviços de atenção diária construíram arsenal próprio de elementos teóricos que balizou suas intervenções.

1 - O objeto da clínica

O processo de construção de uma nova clínica proposta no Paradigma da Atenção Psicossocial se embasou a priori na negação de concepções cristalizadas do paradigma manicomial, conforme já apontado. Acreditamos que o princípio mais importante, adotado pelas experiências de Santos e São Paulo, que determinou todos os outros aspectos da clínica exercida, foi a "*ruptura com o conceito de doença como objeto da intervenção*". Sendo assim, observamos nas experiências estudadas, a construção de uma nova concepção, em que o objeto passa a ser o sujeito em sofrimento. Esta mudança de enfoque determinou a ampliação do conceito de clínica, já que esta, ao não se restringir ao aspecto biomédico, resulta em ampliação de sentido (Chioro, 1998).

2 - Constituintes da intervenção terapêutica

Destacamos a conceituação do CAPS de São Paulo, que denomina como "*clínica da psicose*" esta prática mais ampliada (Goldberg, 1998, p. 73). A utilização dos conceitos de cidadania, solidariedade, inclusão, acolhimento e participação eram os ingredientes que permeavam sua constituição (Yasui, 1999). Sendo assim, encontramos maior abrangência na compreensão de uma clínica que buscava transformar o sujeito em agente de seu próprio processo. A intervenção técnica se dava no sentido de mediar as inter-relações institucionais e externas a esta, possibilitando um aumento da contratualidade social do sujeito. Neste sentido, a ênfase da intervenção se colocava no cotidiano do indivíduo, que por sua vez era percebido como o lugar onde se podem aferir as transformações.

Esta linha de intervenção se pautava na noção de que o cotidiano do paciente seria diretamente influenciado pela ambiência institucional produzida pelo coletivo. Sobretudo, a forma com a qual este estruturava sua capacidade de acolhimento⁵⁴. Tais noções implicavam a prática numa organização de serviço em que as rotinas tinham significância terapêutica. O sentido da regularidade de uma mesma atividade se pautava na idéia de que, após o desmoronamento psicótico, o sujeito estabelecia uma contínua busca de reestruturar-se e, neste sentido, construía uma nova forma de estar no mundo. Sendo assim, construía para si rotinas próprias que falavam de sua subjetividade (Goldberg, 1998). O agenciamento de novos atravessamentos nessas rotinas criaria condições para o sujeito ressignificar sua história em um universo além do alcançável pela intervenção verbal. O próprio movimento institucional concebido pelo coletivo determinaria uma injunção no cotidiano maior da instituição que, por sua vez, também atuaria nesse processo do sujeito (Goldberg, 1998).

Essas noções de cotidiano, coletivo e acolhimento são hoje utilizadas como uma linguagem comum nos centros de atenção psicossocial. Em diversos programas de Saúde Mental, a orientação de funcionamento dos CAPS⁵⁵ se dá a partir de uma rotina de oficinas diversas, com prioridade para a manutenção diária de atividades de cunho expressivo. O termo acolhimento vem sendo incorporado hoje inclusive pela NOAS 2002 como a forma com a qual o equipamento de saúde lida com as demandas dos usuários.

Na perspectiva da conceituação dessa nova clínica, encontramos nas produções sobre a experiência de Santos a definição desta como uma “*Clínica da Solidariedade*” (Chioro, 1998, p. 72), que era concebida como uma clínica que pressupunha uma ação coletiva no sentido da negação do paradigma manicomial e uma construção solidária de um novo lugar social para a loucura. As noções de intervenção social, participação, resgate da cidadania eram terminologias significadas como instrumentos de intervenção na clínica (Chioro, 1998). A questão da negação de um mandato social de exclusão da Psiquiatria era encarada como uma possibilidade de deslocar a equipe daquele lugar autorizado a excluir para um lugar onde se utilizaria esse "poder" delegado para inferências junto à sociedade, produzindo uma nova forma de perceber a loucura (Nicácio, 1994, p. 92). Neste sentido se apresentava a discussão sobre a tutela que se pautava pela conjugação da necessidade de

⁵⁴ Este termo foi abordado amplamente no quinto capítulo, item 5.6.

⁵⁵ A partir da Portaria ministerial n. 336/2002, a nomenclatura genérica de todas as unidades de atenção diária se restringe à denominação de CAPS, sendo os NAPS transformados em CAPS III.

proteção com a negação da condição de incapacidade do louco (Nicácio, 1994, p. 89). Desta forma, a instituição cumpria o papel de mediador da relação do sujeito com a sociedade, com vistas ao aumento de sua capacidade de trocas.

3 - Estratégias de intervenção

Dentre as estratégias de intervenção desenvolvidas nas experiências estudadas, a “*prioridade aos projetos de vida*” (Chioro, 1998, p. 52) era uma característica importante a ser destacada no Programa de Saúde Mental de Santos. A proposta de cobertura territorial abarcava a atenção à crise. Entretanto, essa noção de “*inserção no território*” (Chioro, 1998, p. 50) viabilizava conceitualmente que o cotidiano do serviço tivesse como estratégia terapêutica à atuação nos aspectos de longo prazo. Ou seja, o investimento na reconstrução das histórias e uma intervenção na construção de projetos permanentes que diziam respeito ao resgate dos sonhos e construção de uma trajetória. Segundo Chioro (1998, p. 51):

“A compreensão dos processos históricos de cada área de abrangência permite criar formas de convivência mais solidária, promover a sociabilidade, criar laços de ajuda mútua, ampliando a atuação do serviço para outros espaços, ativando recursos da própria comunidade e de outras instituições do seu território”.

A centralidade conferida “*ao processo de valorização do sujeito*” (Chioro, 1998, p. 52) visando ao resgate de sua auto-estima era outra noção a ser destacada e se traduzia nos projetos de inserção no trabalho e em sua inclusão como protagonista de seu processo em todos as intervenções realizadas. Desta forma, se atribuía a ao sujeito uma responsabilidade sobre si, deslocando-o do lugar de incapacidade.

Na prática clínica, tais noções implicavam eixos norteadores das estratégias terapêuticas, quais sejam, o vínculo com a equipe, a transparência das relações, a possibilidade de negociação do tratamento e uma relação pouco verticalizada entre profissionais e usuários, onde também estavam envolvidas a afetividade e a reciprocidade.

4 - Cura

Uma transformação operada nessas experiências é o conceito de cura. No modelo tradicional, esta é o objetivo final do tratamento. A cura era concebida como extirpação de

um mal, a retirada por completo da causa de um distúrbio. Assim, no novo modelo essa conceituação se mostra incapaz de traduzir a complexidade do percurso ou mesmo não reflete o que se concebe como objetivo do tratamento. As experiências apresentadas se estruturam com base em outras referências, no sentido da evolução dos pacientes.

No CAPS, a utilização da noção de tratamento enquanto processo sinaliza um rompimento com a noção linear de doença-tratamento-cura ou problema-solução (Goldberg, 1998). Aponta para um movimento dialético, com o percurso podendo ser comparável apenas a ele mesmo e não referenciado a um padrão ideal a ser atingido. Desta forma, substituíam o conceito por evolução. Na experiência de Santos havia uma ressignificação do conceito onde este passava a apontar para o "bem-estar" do paciente, ou melhor, para a qualidade de vida em seu sentido amplo. De acordo com Nicácio (1994, p. 43):

“(...) a terapia não é mais compreendida tendo a cura como ideal, mas nesse percurso de ações elementares e complexas, um conjunto variado de estratégias indiretas e de mediação que tem como projeto a ‘invenção da saúde, a reprodução social’”.

Por fim, um processo observado na clínica implementada era a implicação das equipes com os movimentos de aproximação e afastamento dos usuários em relação a seu engajamento no serviço. Desta forma, as situações de abandono, que nos modelos tradicionais são consideradas "uma contingência", eram reavaliadas e repensadas à luz do papel desempenhado pela equipe na produção destes. Resgatamos o exemplo do CAPS de São Paulo em relação à discussão do abandono. Este discutido enquanto uma dificuldade na percepção da equipe em relação à forma possível de acolhimento de determinado usuário. Ou mesmo o esvaziamento de determinada oficina que havia perdido o sentido para a clientela, seja por não se mostrar atrativa ou por não ser conduzida de forma a produzir uma vinculação dos pacientes (Goldberg, 1998). Tal enfoque determina maior implicação também dos técnicos no processo e suscita a postura de não absolutizar concepções e práticas. Refere-se a um auto-aplicar-se a estratégia de construção e desconstrução, por ter a clareza de que a construção do Paradigma da Atenção Psicossocial é *a priori* um contínuo reinventar.

Partimos das considerações sobre os conceitos, buscando ressaltar suas particularidades. São perceptíveis as distinções de enfoque de ambas as experiências. Encontramos tanto uma abordagem centrada numa produção de subjetividades inserida em

um processo sócio-político, quanto outra, voltada para o aspecto mais particular, para o sujeito em sua complexidade psíquica. Entretanto, no que diz respeito a uma transformação do modelo assistencial tradicional, podemos encará-las enquanto em um mesmo percurso, mas ímpares em suas especificidades.

Ambos os processos, com suas convergências e singularidades, se colocaram enquanto pioneiros no Brasil em conceber e implantar projetos com o objetivo explícito de negar o paradigma manicomial e construir uma nova forma de lidar com a loucura e seu cuidado. Apresentamos a seguir um resumo das *principais contribuições* de cada experiência.

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL LUIZ CERQUEIRA

Pressupostos do Modelo Assistencial
<ul style="list-style-type: none"> - estrutura intermediária – unidade de passagem que funcionaria como uma preparação para a vida em comunidade; - a instituição funcionaria como referência contínua para o paciente em tratamento; - o processo de reabilitação ocorreria paralelamente ao tratamento; - compreensão de tratamento como um processo; - superação do conceito de cura como fim de uma doença; - preocupação com a produção de conhecimento a partir da práxis desenvolvida; - projeto de implantação citando a noção de desinstitucionalização.

Espaço Arquitetônico
<ul style="list-style-type: none"> - localização do dispositivo fora do espaço hospitalar – em região central da cidade; - utilização de um casarão como sede, sendo a disposição da unidade uma busca de reprodução da ambiência de uma casa; - concepção da "casa" como lugar de pertencimento; - manutenção das portas da instituição abertas.

Dinâmica de Funcionamento
<ul style="list-style-type: none"> - Funcionamento das 8 às 17 horas, de segunda a sexta-feira; - fornecimento de alimentação e passe para transporte; - oficinas terapêuticas diárias – rotina bem estruturada; - realização regular de atividades externas com a clientela;

- estruturação de atividades produtivas remuneradas;
- entrevista de admissão em grupo realizada por profissionais da equipe técnica – não necessariamente da categoria médica;
- projeto terapêutico – "contrato" – individualizado, elaborado a partir da admissão do paciente;
- adoção da função "técnico de referência" – profissional responsável pelo acompanhamento mais estreito do percurso do paciente na instituição;
- participação dos pacientes na definição dos projetos desenvolvidos na unidade;
- inserção de familiares no processo de tratamento;
- fundação de uma associação de usuários, técnicos, familiares e amigos.

Equipe

- equipe multidisciplinar;
- incorporação de profissionais não pertencentes à área de Saúde. Ex. marceneiro;
- busca da construção da interdisciplinaridade;
- engajamento da equipe no projeto de transformação do modelo;
- conceito de “equipe de cuidados” (Goldberg, 1998, p. 65);
- prioridade aos espaços de troca coletivos e realização de reuniões de equipe semanais;
- supervisão regular conduzida por profissional não pertencente ao corpo técnico da instituição;
- subdivisão da equipe em mini-equipes responsáveis por grupos mais restritos de pacientes;
- processo de avaliação continuada do trabalho desenvolvido.

Clínica

- pautada nos princípios da cidadania, solidariedade, inclusão, acolhimento e participação (Yasui, 1999, p. 220);
- enfoque no indivíduo e sua história de vida. Redirecionamento do objeto da atenção da doença para o sujeito em sofrimento;
- “Clínica da Psicose” como possibilidade de fusão do processo terapêutico com as práticas cotidianas da instituição que se refletem no cotidiano dos pacientes (Goldberg, 1998);
- intervenção visando ao aumento da contratualidade social do indivíduo;
- noção de acolhimento como uma noção genérica que envolve a forma de recepção do sujeito em tratamento;
- conceito de coletivo como resultado de um processo de inter-relações institucionais das quais participam tanto usuários quanto técnicos;

- cotidiano como lugar privilegiado de intervenção terapêutica;
- ação terapêutica não restrita ao universo institucional;
- deslocamento do paciente de um lugar de passividade, passando este a intervir no cotidiano da instituição.

NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE SANTOS

Pressupostos do Modelo Assistencial

- ampliação do campo da técnica para uma dimensão cultural e ética;
- concepção do louco como sujeito de direito;
- articulação do conceito de cidadania, conciliando a necessidade de proteção com o conceito de autonomia;
- compreensão da transformação do modelo assistencial em Saúde Mental como um processo social;
- dispositivo substitutivo ao modelo manicomial;
- utilização da noção de desinstitucionalização;
- inserção territorial – compreensão de que o cuidado apenas acontece a partir do conhecimento do sujeito em seu contexto de vida.

Espaço Arquitetônico

- localização do dispositivo fora do espaço hospitalar – em ruas residenciais;
- utilização de uma casa residencial como sede do dispositivo, buscando a reprodução de uma ambiência de "casa";
- manutenção das portas da instituição abertas.

Dinâmica de Funcionamento

- funcionamento 24 horas todos os dias da semana;
- fornecimento de alimentação e passe para transporte;
- atendimento de emergências na unidade e na comunidade, por solicitação;
- prioridade das atividades coletivas;
- realização regular de atividades externas com a clientela;
- projeto terapêutico não restrito às atividades oferecidas na unidade;
- estruturação de atividades produtivas remuneradas e de qualificação profissional;
- flexibilidade para criação de novas atividades a partir da demanda da clientela;
- entrevista de admissão sem agendamento realizada por profissional da equipe

<p>técnica – não necessariamente da categoria médica;</p> <ul style="list-style-type: none"> - projeto terapêutico – "contrato" – individualizado, elaborado a partir da admissão do paciente - adoção da função "técnico de referência" – profissional responsável pelo acompanhamento mais estreito do percurso do paciente na instituição; - possibilidade de permanência do usuário na unidade à noite ou integralmente – direito de asilo; - inserção de familiares no processo de tratamento; - fundação de uma associação de usuários, técnicos, familiares e amigos.

Equipe
<ul style="list-style-type: none"> - equipe multidisciplinar; - incorporação de profissionais não pertencentes à área de Saúde no corpo técnico. Ex. artista plástico; - busca da democratização das relações institucionais – coletivização das decisões; - questionamento do mandato social de exclusão cumprido pela psiquiatria; - deslocamento do lugar de poder da categoria médica; - recusa da codificação dos papéis, sendo as intervenções realizadas pela disponibilidade e capacitação técnica; - busca da construção da interdisciplinaridade; - engajamento político no projeto; - reuniões de equipe diárias nas trocas de turno; - supervisão regular conduzida por profissional não pertencente ao corpo técnico da instituição; - reciclagem constante dos profissionais.

Clínica
<ul style="list-style-type: none"> - “Clínica da solidariedade” como uma clínica que pressupunha uma ação coletiva no sentido da construção solidária de um novo lugar social da loucura (Chioro, 1998); - ruptura com a noção linear de doença-tratamento-cura ou problema-solução característica da ciência cartesiana; - ênfase colocada no sujeito. Mudança do referencial da doença para o de sofrimento; - clínica voltada para a promoção de significados para a vida dos pacientes, possibilitando as trocas sociais (Chioro, 1998); - mudança da noção de tratamento para a de "cuidado"; - processo dinâmico de desconstrução/construção de saberes e práticas; - tutela como ponto de partida para o agenciamento da emancipação do sujeito. Não significa incapacidade e irresponsabilidade;

- ênfase nos projetos de vida, ou melhor, nas estruturação de projetos de longo prazo para a clientela;
- vínculo de confiança com a equipe (Koda, 2002);
- direito do paciente de negociar seu tratamento (Koda, 2002);
- valorização da criatividade.

7. Considerações finais

Durante o processo de trabalho em vários centros de atenção psicossocial do Rio de Janeiro, alguns questionamentos sobre a clínica implementada começaram a nos inquietar. Na especificidade de cada instituição podiam ser percebidas nuances comuns, como a estruturação das oficinas, os horários de funcionamento, os técnicos de referência, entre outros. No entanto, em cada equipe se apresentavam formas diferentes de lidar com as situações do cotidiano. Em todas as instituições havia sempre o mesmo questionamento – que clínica é esta que estamos construindo? Existe uma clínica da Atenção Psicossocial?

Esta questão se repetia, não apenas da forma literal, mas nas discussões constantes sobre o sentido de tal ou qual intervenção. Em um desses momentos no percurso de trabalho institucional, ao entrar na unidade, perguntamos a uma paciente que circulava pela casa: “Maria, não vai participar da oficina de artes hoje?”. Esta entrou rapidamente na casa e voltou com uma folha desenhada me respondendo: “Olha doutora, já fiz o desenho. Posso ficar aqui conversando, então?”.

É claro que para vários outros usuários essa oficina era produtora de sentidos, mas a proposta do novo modelo não é trabalhar com *screenings*. A possibilidade de lidar com o coletivo sem massificá-lo, considerar as peculiaridades de cada sujeito, inserindo-o em um processo dialético no qual o sujeito transforma e é transformado pelo todo, este é o desafio que se apresenta.

Essa passagem foi determinante na decisão de realizar este trabalho. O fato de se constituir um centro de atenção psicossocial, com diversas oficinas e uma equipe técnica, não se transpõe de forma automática para um modelo assistencial efetivamente transformador. A construção de um novo modelo que proponha romper com o modelo assistencial tradicional para se realizar, necessita, a princípio, de clareza do que se pretende desconstruir.

O *slogan* “Por uma sociedade sem manicômios” está hoje incorporado ao vocabulário do campo da Saúde Mental, principalmente na nova geração inserida nos CAPS. No entanto, esta palavra de ordem precisa ser esmiuçada em seus significados, no sentido da apreensão de seu duplo, no conceito basagliano. É preciso enfrentar o desafio do

fechamento dos manicômios, mas ter a clareza de que o fechamento não irá sepultar seus valores nos escombros.

A utopia de construir uma rede de dispositivos de cuidado em Saúde Mental que possa constituir uma mudança de paradigma hoje se apresenta como uma possibilidade. Uma conjuntura favorável em nível nacional no que diz respeito à legislação de Saúde Mental permitiu a aprovação da Lei Federal n. 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais. Esta lei é a configuração final do substitutivo do projeto de lei do deputado Paulo Delgado, que dispunha sobre os direitos dos portadores de transtornos mentais, mas incluía em seu texto o progressivo fechamento dos hospitais psiquiátricos.

É importante destacar o longo processo de mobilização social para que essa lei fosse aprovada. O primeiro projeto de lei apresentado datava de 1989, e por mais de uma década tramitou nas instâncias legislativas. Durante esse período, as discussões em torno do fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos colocaram na pauta do movimento organizado e da população geral a exclusão do "louco". O papel do Movimento da Luta Antimanicomial como um ator que congregava interesses específicos do campo da Saúde Mental com as lutas gerais da sociedade civil, foi fundamental nesse processo.

Através de mobilizações de rua, invasões do Congresso Nacional, aprovação de leis estaduais dispendo sobre o tema, uma forte pressão política dos movimentos sociais foi mantida até a votação do texto final. Desta forma, apesar de a lei aprovada ter sido mais tímida que seu projeto inicial, este foi o propulsor de uma efetiva disputa ideológica no campo da Saúde Mental que potencializou conquistas determinantes para a construção de um novo paradigma. Entretanto, ainda hoje o processo demanda um embate técnico-político e como seu reflexo destacamos que a regulamentação da referida lei aconteceu apenas em dezembro de 2002, após mais de um ano de sua aprovação no Senado, com a Portaria MSGM n. 2.391.

Além desta, as Portarias ministeriais como a MS/SAS n. 336/02 (anexo II), que redireciona o modelo assistencial em Saúde Mental, regulamentando o funcionamento dos CAPS, e a MS/SAS n. 189/02 (anexo I) – atualização da MS/SAS n. 189/91, que dispõe sobre o financiamento dos procedimentos em Saúde Mental – apontam para a viabilidade legislativa e de financiamento da implementação dos novos dispositivos no nível municipal.

Entretanto, as leis não precedem as conquistas já implementadas e, sobretudo, quando as transpõem para o campo legal, muito da complexidade das experiências se perde. Às vezes, também o espírito transformador das mesmas, pois ao se reportarem para o campo da norma podem cristalizar-se em um "modelo".

A reorientação do modelo assistencial e a regulamentação do funcionamento dos dispositivos em Saúde Mental, sobre os quais dispõe a MS/SAS nº 336/02, definem os centros de atenção psicossocial como o dispositivo prioritário da assistência em Saúde Mental. Este dispositivo é definido, na portaria, como um serviço para o tratamento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, que deve funcionar segundo a lógica do território. Além da função de assistência, lhe são atribuídas funções de organizador da demanda em Saúde Mental local, regulador da porta de entrada e supervisor dos hospitais psiquiátricos.

Na regulamentação, a portaria determina um funcionamento em regime de atenção diária, variando o horário de funcionamento e os dias de acordo com a modalidade credenciada, quais sejam, CAPS I e II das 8 às 18 horas, CAPS III em atenção contínua durante 24 horas, incluindo feriados e finais de semana.

Como parte relevante, a portaria dispõe que esses procedimentos serão remunerados por Autorizações de Procedimentos de Alto Custo do Sistema de Informações Ambulatoriais (APAC/SIA), sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do Sistema Único de Saúde(SUS) e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), o que será discutido adiante.

Desta forma, entendemos como estabelecidas a organização de serviços do modelo assistencial e também a configuração da clientela e da equipe de assistência. No entanto, estes aspectos constituem a "roupagem" do dispositivo e não na especificidade de sua lógica. O fato de determinar o funcionamento dos CAPS na "lógica do território", conforme descrito no *caput* do segundo parágrafo da portaria, não deixa claro o conceito de território utilizado. Nas disposições que se seguem, nos artigos, as considerações geográficas e de estrutura física dão margem a uma interpretação de território geográfico-administrativo. Sendo assim, apesar de termos clareza de que uma legislação não se propõe a considerações teóricas aprofundadas de seu objeto, apontamos para o risco do uso burocrático desta.

Ainda nesta discussão, a portaria MS/SAS n. 189/02 dispõe sobre a regulamentação do financiamento dos procedimentos realizados nos CAPS. Conforme já descrito, o financiamento através do FAEC pressupõe uma destinação de verba extra, não incluída no teto financeiro do município. Além disso, a mudança do sistema de remuneração, que transfere do sistema SIA/SUS para o APAC/SIA, determina a inclusão dos procedimentos em Saúde Mental na rubrica dos procedimentos de alta complexidade. Essa transferência implica aumento expressivo do valor pago por procedimento e transforma o CAPS em dispositivo atrativo, do ponto de vista financeiro, para os gestores locais, principalmente se comparado à remuneração das consultas ambulatoriais.

Sendo assim, já começamos a observar o impacto dessa regulamentação. O crescimento da disponibilidade dos gestores em implantar novos CAPS cresce exponencialmente. Não podemos deixar de considerar a conjuntura política atual permitiu que grande número cargos de coordenadores de Saúde Mental em níveis municipal e estadual seja ocupado por antigos integrantes do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental ou comprometidos com as mesmas bandeiras. Da mesma forma, a Coordenação de Nacional de Saúde Mental. Essas instâncias vêm desempenhando importante papel na sensibilização dos gestores, já claramente facilitada pelas novas portarias.

Atualmente, no Brasil, já se encontram em funcionamento mais de trezentos Centros de Atenção Psicossocial. Constava no registro do DATASUS⁵⁶, em dezembro de 1998, um total de 167 unidades em todo o país, com destaque para a Região Sudeste, onde havia 102 unidades. Em dezembro de 2002 constava, no total nacional, o quantitativo de 441 unidades, ainda se mantendo a Região Sudeste com o maior número – 254. Observamos, em 48 meses, um crescimento de 164 % do quantitativo dessas unidades, distribuídas desigualmente, em todo o território nacional. Como podemos perceber, é um crescimento importante, sobretudo se considerarmos a realidade brasileira no que diz respeito aos investimentos em Saúde Pública. Cabe ressaltar que as regulamentações referidas apenas foram publicadas em fevereiro e março de 2002. Os dados nos sinalizam para uma possível potencialização desse processo nos próximos anos.

⁵⁶ DATASUS: banco de dados. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/bases/bases.htm> > Acesso em 29 de março de 2003.

Tabela 1 - Quantitativo de CAPS-NAPS por ano por região – período de dezembro/1998 a dezembro/2002

Região	Quantitativo de CAPS e NAPS (Ano)					% de crescimento
	1998	1999	2000	2001	2002	
Sudeste	102	137	148	189	254	149
Sul	20	31	37	38	86	330
CO	06	10	13	14	13	116
Nordeste	26	41	46	54	67	157,6
Norte	13	18	17	20	21	61,5
Total	167	237	261	315	441	164

Fonte: DATASUS.

A implantação progressiva desse tipo de dispositivo, como alternativa de tratamento em Saúde Mental, nos últimos anos, apenas corrobora a concepção de as legislações serem o reflexo de conquistas já estabelecidas. Nesta perspectiva, voltamos à discussão inicial sobre as questões que envolvem essas normatizações.

Como primeiro ponto é importante deixar explicitada a relevância dessas regulamentações. Para que uma política de Saúde Mental efetivamente consolide a reorientação do modelo assistencial, deslocando-o de um modelo hospitalocêntrico para um modelo inserido na comunidade, é mister que se possuam instrumentos para viabilizá-lo. A destinação de financiamento, uma padronização básica de sua estrutura e, principalmente, a assunção oficial do dispositivo, permitem uma certa garantia de sua manutenção, não o deixando exposto às intempéries das mudanças nos governos, muito embora o perfil da gestão do sistema sempre influencie de modo marcante a condução do processo.

Ao comentar as legislações, utilizamos propositalmente a consideração "reorientação do modelo, de hospitalocêntrico para inserido na comunidade". Sendo assim, enfatizamos a relevância dessas portarias, mas ponderamos sua insuficiência em dar conta da complexidade da transformação do modelo assistencial em Saúde Mental.

Neste sentido, destacamos que, ao se estruturar uma assistência em Saúde Mental na qual o hospital não seja o principal dispositivo de atendimento, com uma rede implantada dentro da comunidade, não implica necessariamente uma ruptura com os

valores e a cultura do paradigma manicomial. O modelo biomédico, hierarquizado, com predominância de uma categoria profissional sobre as outras e cristalizado em respostas padronizadas para todos os sujeitos, não se reproduz apenas no hospital psiquiátrico. O significado dado às práticas implementadas determina a potência de transformação dos novos dispositivos.

Apesar dos avanços já alcançados, um dos aspectos a ser pensado é o fato de que a formação de profissionais contaminados com o novo paradigma ainda se coloca muito aquém das necessidades. O exercício prático, desta autora, em programas de Saúde Mental, permite uma observação privilegiada destas nuances. A localização geográfica, os baixos salários dos servidores públicos, a necessidade de vários vínculos empregatícios, muitas vezes impedem que os novos serviços tenham em seus quadros profissionais comprometidos com tal transformação.

Além disso, a graduação, na maioria dos cursos voltados para a área *psi*, e principalmente a psiquiatria ensinada na faculdade de medicina, se restringem ao ensino do exame clínico e da terapia de suporte, medicamentosa nos cursos médicos e psicanalítica⁵⁷, na psicologia. Desta forma, é no dia-a-dia das unidades que os profissionais se familiarizam com as novas práticas e rediscutem valores preconcebidos.

A incursão acadêmica de profissionais embasados nos pressupostos da Reforma Psiquiátrica ainda é um processo gradual e, sobretudo, as estruturas universitárias são pouco permeáveis às transformações. Esta consideração pode parecer um paradoxo, já que muitas elaborações inovadoras em vários campos surgiram de intelectuais ligados às universidades. No entanto, estas ainda se mantêm rígidas no que diz respeito a mudanças internas. Sendo assim, esta característica implica um processo paulatino de introdução do ideário da Reforma Psiquiátrica nos meios da graduação acadêmica, um ritmo muito lento se comparado à velocidade das mudanças no campo das políticas públicas de Saúde Mental.

A consequência desse cenário é a percepção de que, hoje, com as bases legais garantidas e diversos programas sendo estruturados com o compromisso da reorientação do

⁵⁷ Destacamos que a psicanálise não é incompatível com o paradigma psicossocial; ao contrário, existem experiências exitosas que assumem a linha psicanalítica, como a orientação clínica do Centro de Atenção Psicossocial, os SERSAMs de Belo Horizonte. A psicanálise à qual nos referimos se remete à discussão de Foucault sobre a manutenção do lugar de poder técnico e da busca de uma verdade da loucura adequada a estas relações de poder (Foucault, 1998, p. 125).

modelo, uma questão fundamental ainda se impõe – qual seja, a qualificação dos profissionais de saúde.

Apontamos este aspecto como relevante, no sentido de que, na construção de um novo paradigma em Saúde Mental a partir da implantação de uma rede de dispositivos, a equipe é o propulsor do processo. A formação dos profissionais tem acontecido no cotidiano dos próprios centros de atenção psicossocial e, sendo assim, isso demanda dos serviços espaços para aprofundar as discussões. As supervisões técnicas como as encontradas nas experiências de Santos e São Paulo apontam um dos caminhos para esta questão.

As experiências estudadas nos apontaram os diversos aspectos que envolvem o projeto de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental. Desde a implicação da equipe de assistência até a importância da articulação com os movimentos mais gerais da sociedade civil organizada. As duas experiências se constituíram como inovadoras, não apenas no sentido de sua contribuição teórica e prática em relação às bases constituintes de um processo de transformação do modelo assistencial em Saúde Mental, mas também pioneiras no que diz respeito ao contexto político da área na década de oitenta.

Como descrito anteriormente, uma grande efervescência dos movimentos sociais organizados caracterizou o final desta década. A Constituição, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Único de Saúde são exemplos das mobilizações vividas. As experiências analisadas abriram espaço para se acreditar que era possível uma ruptura com o modelo manicomial, ao demonstrarem na prática resultados positivos de um projeto de transformação que até então apenas existia nas fervorosas discussões do movimento organizado.

Uma forma empírica de avaliar sua importância no campo da Atenção Psicossocial é o fato de, após mais de uma década, essas experiências ainda são referenciais nacionais. Além disso, a regulamentação inicial desse tipo de dispositivo (MS/SAS n. 224/92) utilizava oficialmente a denominação Centro de Atenção Psicossocial / Núcleo de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS) como a forma reconhecida pelo SUS para classificar as unidades de atenção diária em Saúde Mental.

Ao pensar a regulamentação e compará-la com a complexidade dos serviços, percebemos o quanto a primeira não traduz a realidade do cotidiano da transformação do modelo. Sendo assim, sinalizamos para a necessidade de compreensão dessas conquistas

(as portarias e leis) como instrumentos potencializadores da ruptura de paradigma, não como modelos de "como deve ser".

Foi possível perceber, neste percurso, que a construção de um novo paradigma exige o envolvimento de diversos atores. O deslocamento do foco de intervenção da doença para o olhar sobre o sujeito em sofrimento nos coloca diante do desafio de lidar com um campo mais amplo do que a Saúde Mental. O louco, com seu sofrimento, carrega o estigma da periculosidade, da irresponsabilidade que por séculos determinou seu asilamento. A consequência desta forma de lidar com a loucura foi a reprodução de sujeitos para os quais foi negado o direito de serem cuidados como cidadãos. Este é o desafio primeiro.

No entanto, esta concepção não se encerra em si mesma. A questão da cidadania está indissociavelmente ligada às condições de vida que o Estado deve proporcionar aos indivíduos, e à possibilidade de intervenção da população nas regras do jogo social. Sendo assim, a introdução do ator gestor e do movimento social organizado é determinante nas conquistas operadas.

Observamos o impacto de uma gestão democrática e popular comprometida com os interesses da população, na experiência do programa de Saúde Mental de Santos traduzida por duas gestões do Partido dos Trabalhadores. Da mesma forma, a participação do movimento organizado nas lutas específicas da Saúde Mental, como no apoio ao fechamento da Casa de Saúde Anchieta, e a inserção da Saúde Mental nos movimentos por questões mais gerais – emprego, saneamento, qualidade de vida – sinalizam não apenas para a desconstrução de culturas e valores sobre a loucura, mas também apontam para este olhar integral sobre o sujeito. Ou seja, o usuário da Saúde Mental também possui necessidades de emprego, habitação, lazer, devendo estas ser supridas por uma política social inclusiva, com respeito às diferenças.

A perspectiva de alianças com os movimentos sociais vem possibilitando, no campo da Saúde Mental, uma constante reorientação dos caminhos implementados. A possibilidade de construção de uma política pública comprometida perpassa também pela intervenção dos envolvidos como agentes dessa transformação – quais sejam, usuários, familiares e profissionais.

Por fim, apontamos que o contínuo repensar das práticas é a vertente fundamental de intervenção quando está em jogo a mudança do paradigma manicomial. Esperamos que

esta dissertação possa contribuir nessa trajetória. Acreditamos ser determinante o conhecimento de diversas experiências, a reflexão sobre o *modus operandi* de cada uma destas. A clínica da Atenção Psicossocial não está descrita, seja nos projetos de implantação dos serviços, seja na legislação. Esta clínica é uma construção em várias mãos e como tal deve ser encarada como um processo.

Referências Bibliográficas

- ALVES, D. S., 2001. Integralidade nas políticas de Saúde Mental. In: *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (R. Pinheiro & R. Mattos, org.), pp. 167-176, Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.
- AMARANTE, P. & TORRES, E. H. G., 2001. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate*, 25(58):26-34.
- AMARANTE, P., 1996. *O homem e a serpente: outras histórias sobre a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____ (org.), 1995. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP.
- _____ (org.), 1994. *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BARROS, D. D., 1994. *Jardins de Abel: desconstrução do manicômio de Trieste*. São Paulo: Editora EDUSP/Lemos Editorial.
- BASAGLIA, F., 1985. *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- BECKER, H., 1993. *Métodos de pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec.
- BERCHERIE, P. 1989. *Os fundamentos da clínica: história do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- BEZERRA, B. & AMARANTE, P. (org), 1992. *Psiquiatria sem hospícios: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Reluma-Dumará.
- BIRMAN, J. & COSTA, J. F., 1994. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: *Psiquiatria social e Reforma Psiquiátrica* (P. Amarante, org.), pp. 41-72, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- BIRMAN, J., 1978. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Legislação em Saúde Mental 1990-2001. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Portaria n. 189/2002, de 22/03/2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em <<http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT - 189.htm>>

- BRASIL. Ministério da Saúde, 2002. Portaria n. 336/2002, de 19/02/2002. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em :<[http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/ PT 336.htm](http://drt2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/port2002/PT_336.htm)>
- CANGUILHEM, G., 1990. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- CARVALHO, A. L. & AMARANTE, P., 1996. Avaliação de qualidade dos novos serviços de saúde mental: em busca de novos parâmetros. *Saúde em Debate*, 52;74-82.
- CARVALHO, M., 1999. A poética da casa - a tessitura dos espaços de habitar. Comunicação oral, realizada no Lar Abrigado do Hospital Philippe Pinel, agosto 1999 (mimeo).
- CARVALHO, M., 1999. Arquitetura e Reforma Psiquiátrica: epistemologia e poética do espaço. Um estudo comparado de registros e expressões do espaço na pintura. In: VII ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA, São Paulo (mimeo).
- CARVALHO, M., 1999. Arte bruta e arte erudita: Um estudo comparado de registros e expressões do espaço na pintura. In: VII ENCONTRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE HISTÓRIA DA CIÊNCIA, São Paulo (mimeo).
- CASTEL, R., 1991. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- _____, 1987. *A gestão dos riscos - da antipsiquiatria à pós psicanálise*. Rio de Janeiro: Editora Francisco Alves.
- CAVALCANTI, M. T., 1997. *A trama do tear – sobre o tratar em psiquiatria*. Tese (Doutorado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- _____, 1992. *O tear das cinzas: um estudo poético sobre as relações da psicose com a instituição*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- CAVALCANTI, M. T. et al., 1991. Implantação do hospital-dia de Jurujuba: comunicação preliminar. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40:177-181.
- CHIORO, S., 1998. *Da desconstrução do manicômio à construção de um novo modelo de atenção em Saúde Mental – município de Santos-SP, no período de 1989 a 1996*. Dissertação (Mestrado) - São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- CHIZZOTTI, A., 1998. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Editora Cortez.

- CORBISIER, C., 1994. A ética da humildade em psicanálise e tempo. *Cadernos de Psicanálise*, 8:89-100.
- COSTA, J. F., 1980. *História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Editora Campus.
- COSTA-ROSA, A., 2000. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: *Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade* (P. Amarante, org.), pp. 141-168, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DELGADO, P. G., 1999. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, 14:113-121
- _____, 1997. Papel estratégico das unidades psiquiátricas em hospital geral na Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Cadernos do IPUB*, 6:9-20.
- _____, 1992. *As razões da tutela*. Rio de Janeiro: Te Corá Editora.
- DELL' ACQUA, G. & MEZZINA, R., 1991. Resposta à crise. In: *Loucura na sala de jantar*. (J. Delgado, org.), pp. 53-79, Santos: Resenha Ltda.
- DESVIAT, M., 1999. *A Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- FIGUEIREDO, A. C. & SILVA FILHO, J. F. (org.), 1996. *Ética e Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Editora Topbooks.
- FOUCAULT, M., 1999. *A História da Loucura na idade clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- _____, 1998. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- _____, 1994. *Doença Mental e Psicologia*: Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.
- _____, 1994. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária.
- GOFFMAN, E., 1987. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- GOLDBERG, J., 1998. *Cotidiano e instituição / Revendo o tratamento de pessoas com transtorno mental em instituições públicas*. Tese (Doutorado em Medicina) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo
- _____, 1992. *A doença mental e as instituições – a perspectiva de novas práticas*. 1992. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____, 1989. Centro de Atenção Psicossocial – uma estratégia. *Cadernos do NUPSO*, 3:37-40.

- HAGUETTE, T. M., 1995. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Editora Vozes.
- KINOSHITA, R. T., 1996. Em busca da cidadania. In: *Contra Maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos* (F.C.B. Campos, & C. M. P. Henriques, org.), pp. 67-77, São Paulo: Página Aberta.
- KODA, M. Y., 2002. *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*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- LANCETTI, A. (org.), 1991. *Saúde e loucura*. São Paulo: Hucitec.
- MACHADO, R., 1988. *Ciência e saber: a trajetória arqueológica de Foucault*. Rio de Janeiro: Editora Graal.
- MINAYO, M. C. S. (org), 1996. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Editora Vozes.
- _____, 1992. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde* - São Paulo e Rio de Janeiro: Editora Hucitec-Abrasco, 1992
- NICÁCIO, F., 1996. O desafio do viver fora: construindo a cooperativa para todos. In: *Contra Maré à beira-mar. A experiência do SUS em Santos* (F.C.B. Campos, & C. M. P. Henriques, org.), pp. 167-177, São Paulo: Página Aberta.
- _____, 1994. *O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- _____, 1989. Da instituição negada à Instituição inventada. *Saúde e Loucura*, 1:91-108.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001. *Saúde Mental: Nova Concepção, Nova Esperança*. In: *Relatório sobre a Saúde no Mundo*. Genebra: Organização Mundial de Saúde.
- PESSOTTI, I., 1996. *O século dos manicômios*. São Paulo: Editora 34.
- PITTA, A.(org.), 1996. *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec.
- _____, 1994. Os Centros de Atenção Psicossocial: espaços de reabilitação? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12):647-654.
- PLENÁRIO DE TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL-SP, 1987. *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo: Mandacaru.

- PORTOCARRERO, V., 2002. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a desconstinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- _____, 1990. *O dispositivo da Saúde Mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese (Doutorado) - Instituto de Ciências e Filosofia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- ROTELLI, F., 2001a. A instituição inventada. In: *Desistitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 89-99, São Paulo: Hucitec.
- ROTELLI, F. et al., 2001b. Desinstitucionalização uma outra via. A Reforma Psiquiátrica Italiana no contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: *Desistitucionalização* (F. Nicácio, org.), pp. 17-59, São Paulo: Hucitec.
- SANTOS, A. W. G., 1997. *Avaliação crítica dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial no Nordeste: perfil organizacional dos serviços instalados até 31 de dezembro de 1995*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- SARACENO, B., 1999. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte / Rio de Janeiro: Editora Te Corá / Instituto Franco Basaglia.
- _____, et al., 1997. *Manual de Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec.
- _____, 1996. A clínica, seu contexto e a psiquiatria no Brasil. *Cadernos do IPUB*, 4:100-108.
- _____ & RUSSO, J. A. (org.), 1993. *Duzentos anos de Psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará / UFRJ.
- SILVA FILHO, J. F., 1997. Semiologia, seu saber e a psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, 5:155-163.
- STENGERS, I., 1990. *Quem tem medo da ciência? Ciência e Poderes*. São Paulo: Editora Siciliano.
- TEIXEIRA, C. F., 2000. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. *Cadernos da XI Conferência Nacional de Saúde*, 261-281.
- TEIXEIRA, M. O., 1996. Algumas reflexões sobre o conceito de cura em Psiquiatria. *Cadernos do IPUB*, 3:67-76.
- TUNDIS, S. A. & COSTA, N. R.(org.), 2000. *Cidadania e loucura - políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Editora Vozes / Abrasco.
- VASCONCELOS, E., 1997. Desinstitucionalização e interdisciplinaridade em Saúde mental. *Cadernos do IPUB*, 7:19-43.

- _____, 1992. *Do hospício à comunidade*. Belo Horizonte: Editora Segrac.
- VELHO, G., 1981. Relações entre a antropologia e a psiquiatria. *Individualismo e Cultura* (G. Velho), pp. 93-102, Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- _____, 1978. Observando o familiar. In: *A aventura sociológica* (I. Iunes, org.), pp. 36-46, Rio de Janeiro: Editora Zahar.
- VENÂNCIO, A. et al. (org.), 1997. *O campo da atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Te Corá / Instituto Franco Basaglia.
- YASUI, S., 1999. *A construção da Reforma Psiquiátrica e seu histórico*. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Ciências e Letras, Universidade do Estado de São Paulo, Assis.
- _____, 1989. Aprendendo a perguntar. In: *Saúde e Loucura* (A. Lancetti, org.), pp. 47-59, São Paulo: Hucitec.

Anexos

ANEXO I

Portaria nº 189 de 20 de Março de 2002.

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, que define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental, e

Considerando a necessidade de identificar e acompanhar os pacientes que demandam atenção em saúde mental, resolve:

Art. 1º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIH-SUS o grupo de procedimento abaixo descrito e seu procedimento:

63.100.05.3 – Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial

SH	SP	SADT	TOTAL	ATO MED	PERM
25,30	2,50	2,45	30,30	018	01

Parágrafo Único – O procedimento constante deste Artigo consiste no acolhimento/observação/repouso de pacientes em acompanhamento nos Centros de Atendimento Psicossocial III, quando necessária a utilização do leito.

Art. 2º Estabelecer que a cobrança do procedimento, 63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial somente poderá ser efetuada por CAPS III cadastrado no SIH-SUS.

Art. 3º Estabelecer que a AIH para cobrança do procedimento 63.001.57.8 - Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial terá validade de 30 (trinta) dias, sendo o limite de 10 diárias por AIH.

§ 1º Não serão permitidas as cobranças de permanência a maior, diária de UTI e demais procedimentos especiais.

§ 2º Na primeira linha do campo serviços profissionais deverá ser lançado o número de diárias utilizadas.

Art. 4º Alterar a redação do tipo de unidade de código 37 constante da Tabela de Tipo de Unidade do Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde – SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Tipo de Unidade

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
37	Centro de Atenção Psicossocial

Art. 5º Alterar a redação do serviço de código 14, constante da Tabela de Serviços do SIA/SUS, que passará a ter a seguinte denominação:

Tabela de Serviços

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
14	Serviço de Atenção Psicossocial

Art. 6º Excluir da Tabela de Classificação de Serviços, do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
065	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e com oficina terapêutica
066	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, constituída por equipe multiprofissional e sem oficina terapêutica

Art. 7º Excluir da Tabela de Procedimentos do SIA/SUS, os procedimentos abaixo relacionados:

19.151.01-2 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – dois turnos – paciente/dia;

19.151.02-0 Atendimento em núcleos/centros atenção psicossocial – um turno – paciente/dia.

Art. 8º Incluir na Tabela de Classificação do Serviço 14, constante da Tabela de Serviços do SIA/SUS, os códigos abaixo relacionados:

Classificação do Serviço 14 – Atenção Psicossocial

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
124	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS I.
126	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando em regime de dois turnos, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS II
127	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, funcionando vinte e quatro horas, diariamente, com no máximo 05 (cinco) leitos para observação e/ou repouso para atendimento inclusive feriados e finais de semana, desenvolvendo atividades diárias em saúde mental. Designação: CAPS III.
129	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com oficinas terapêuticas e outras modalidades de atendimento e capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, e desenvolvendo atividades diárias em saúde mental para crianças e adolescentes com transtornos mentais. Designação : CAPSi
147	Unidade com serviço próprio de atenção psicossocial, com capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população acima de 100.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional justificado pelo gestor local, funcionando em regime de dois turnos, com leitos para desintoxicação e repouso (02 a 04 leitos), desenvolvendo atividades em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso e/ou dependência de álcool e outras drogas. Designação: CAPSad.

Art. 9º Incluir na Tabela de Procedimentos do SIA/SUS os seguintes procedimentos:

38.000.00-8	Acompanhamento de Pacientes
38.040.00-0	Acompanhamento de Pacientes Psiquiátricos
38.042.00-2	Acompanhamento de Pacientes em Serviço de Atenção Diária
38.042.01-0	Acompanhamento de Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental. (máximo 25 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos diários desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 25 pacientes/ mês, CAPS II máximo 45 pacientes/ mês, CAPS III máximo 60 pacientes / mês.	
Nível	de 04, 06, 07, 08

Hierarquia	
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F05, F06, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 18,10
38.042.02-9	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, demandem Cuidados Semi – Intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS I - máximo 50 pacientes/ mês, CAPS II máximo 75 pacientes/mês e CAPS III máximo 90 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 15,90
38.042.03-7	Acompanhamento a Pacientes que, em função de seu quadro clínico, demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental.	

CAPS I - máximo 90 pacientes/mês, CAPS II - máximo 100 pacientes/mês e CAPS III – máximo 150 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/124, 14/126, 14/127
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F00, F01, F02, F03, F04, F07, F09, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F68, F69, F70, F71, F72, F78, F79.
Valor do Procedimento	R\$ 14,85
38.042.04-5	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi – máximo 25 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F48, F50, F70, F71, F72, F78, F79, F84, F88, F89, F95, F99

Valor do Procedimento	R\$ 25,40
38.042.05-3	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtorno Mentais que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 50 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99
Valor do Procedimento	R\$ 16,30
38.042.06-1	Acompanhamento a Crianças e Adolescentes com Transtornos Mentais que Demandem Cuidados Não Intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/mês).
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSi - máximo 80 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08

Serviço/Classificação	14/129
Atividade Profissional	01, 02, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	50 a 62
CID	F10.1, F10.8, F10.9, F11.1, F11.8, F11.9, F12.1, F12.8, F12.9, F13.1, F13.8, F13.9, F14.1, F14.8, F14.9, F15.1, F15.8, F15.9, F16.1, F16.8, F16.9, F17.1, F17.8, F17.9, F18.1, F18.8, F18.9, F19.1, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F59, F70, F71, F72, F78, F79, F80, F81, F82, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F92, F93, F94, F95, F98, F99
Valor do Procedimento	R\$ 14,85
38.042.07-0	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Intensivos em Saúde Mental (máximo 22 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos diários, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 40 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$18,10

38.042.08-8	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados Semi-intensivos em Saúde Mental (máximo 12 procedimentos/ paciente/ mês)
Consiste no conjunto de freqüentes atendimentos, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 60 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$ 15,90
38.042.09-6	Acompanhamento a Pacientes com Dependência e/ou Uso Prejudicial de Álcool e Outras Drogas, que Demandem Cuidados não intensivos em Saúde Mental (máximo 03 procedimentos/paciente/ mês)
Consiste no conjunto de atendimentos quinzenais/mensais, desenvolvidos individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPSad – máximo 90 pacientes/mês.	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 39, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	60 a 72
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5,

	F11.6, F11.7, F11.8, F11.9, F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9
Valor do Procedimento	R\$ 14,85
38.042.10-0	Acompanhamento de Pacientes que Demandem Cuidados em Saúde Mental no período das 18 às 21 horas. (máximo 08 procedimentos/paciente/mês)
Consiste no conjunto de atendimentos desenvolvidos, no período compreendido entre 18 e 21 horas, individualmente e/ou em grupos, por equipe multiprofissional especializada em saúde mental. CAPS II – máximo 15 pacientes/mês, CAPS III - máximo 20 pacientes/ mês, CAPSi – máximo 15 pacientes/mês, CAPSad - máximo 15 pacientes/mês	
Nível de Hierarquia	04, 06, 07, 08
Serviço/Classificação	14/126, 14/127, 14/129, 14/147
Atividade Profissional	01, 02, 15, 28, 36, 39, 54, 57, 62, 89
Tipo de Prestador	01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 09, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19
Tipo de atendimento	00
Grupo de atendimento	00
Faixa Etária	00
CID	F10.1, F10.2, F10.5, F10.6, F10.7, F10.8, F10.9, F11.1, F11.2, F11.5, F11.6, F11.7, F11.8, F11.9 F12.1, F12.2, F12.5, F12.6, F12.7, F12.8, F12.9, F13.1, F13.2, F13.5, F13.6, F13.7, F13.8, F13.9, F14.1, F14.2, F14.5, F14.6, F14.7, F14.8, F14.9, F15.1, F15.2, F15.5, F15.6, F15.7, F15.8, F15.9, F16.1, F16.2, F16.5, F16.6, F16.7, F16.8, F16.9, F17.1, F17.2, F17.5, F17.6, F17.7, F17.8, F17.9, F18.1, F18.2, F18.5, F18.6, F18.7, F18.8, F18.9, F19.1, F19.2, F19.5, F19.6, F19.7, F19.8, F19.9, F20, F21, F22, F23, F24, F25, F28, F29, F30, F31, F32, F33, F34, F38, F39, F40, F41, F42, F43, F44, F45, F48, F50, F51, F52, F53, F54, F59, F60, F61, F62, F63, F69, F70, F71, F72, F78, F79, F83, F84, F88, F89, F90, F91, F93, F94, F95, F99.
Valor do Procedimento	R\$ 16,30

Art. 10 Estabelecer que somente as unidades cadastradas no SIA/SUS, como Tipo de Unidade de código 37- Centro de Atenção Psicossocial e que possuam o Serviço de Atenção Psicossocial (códigos 14/124, 14/126, 14/127, 14/129 e 14/147), poderão realizar/cobrar os procedimentos definidos no Artigo 9º desta Portaria.

Parágrafo Único – Os Centros de Atenção Psicossocial cadastrados / recadastrados não poderão cobrar os procedimentos abaixo discriminados:

- 19.151.03-9 Atendimento em Oficinas Terapêuticas I - por oficina.
- 19.151.04-7 Atendimento em Oficinas Terapêuticas II – por oficina.

Art. 11 Incluir, no Sub Sistema de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/Custo – APAC-SIA, os procedimentos definidos no Artigo 9º desta Portaria, assim como, regulamentar os instrumentos e formulários utilizados no Sistema:

- Laudo para Emissão de APAC (Anexo I). Este documento justifica, perante o órgão autorizador, a solicitação dos procedimentos. Deve ser corretamente preenchido pelo profissional responsável pelo paciente, em duas vias. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC-I/Formulário (Anexo II). Documento destinado a autorizar a realização de procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo. Deve ser preenchido em duas vias pelos autorizadores. A primeira via ficará arquivada no órgão autorizador e a segunda encaminhada para a unidade onde será realizado o procedimento.

- APAC-II/Meio Magnético - Instrumento destinado ao registro de informações, identificação de paciente e cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade/custo.

§ 1º Os gestores estaduais/municipais poderão estabelecer Lay Out próprio do Laudo e definirem outras informações complementares que se fizerem necessárias, desde que mantenham as informações contidas no *lay out* desta portaria.

§ 2º A confecção e distribuição da APAC-I/Formulário é de responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde, de acordo com a PT SAS/MS n.º 492 de 26 de agosto de 1999.

§ 3º Os gestores estaduais e dos municípios habilitados, em Gestão Plena do Sistema Municipal, deverão designar os órgãos autorizadores para a emissão de APAC.

Art. 12 Estabelecer que permanece a utilização do número do Cadastro de Pessoa Física/Cartão de Identidade do Contribuinte – CPF/CIC, para identificar os pacientes no Sistema.

Parágrafo único. A utilização do CPF/CIC não é obrigatória para os pacientes que não o possuírem até a data da realização do procedimento. Nesses casos, eles serão identificados nominalmente.

Art. 13 Determinar que os processos de cadastramento de novas unidades e recadastramento dos CAPS existentes serão de responsabilidade dos gestores estaduais e deverão ser compostos das seguintes etapas :

§1º Requerimento dos gestores municipais, de acordo com a demanda dos CAPS de seu município, à Comissão Intergestores Bipartite, por meio do Secretário de Estado da Saúde. O processo deverá estar instruído com a documentação exigida para cadastramento de serviços, acrescida de:

A- Documentação da Secretaria Municipal de Saúde e do gestor.

B - Projeto Técnico do CAPS;

C - Planta Baixa do CAPS;

D - Discriminação da Equipe Técnica, anexados os currículos dos componentes;

E – Relatório de Vistoria realizada pela Secretaria de Estado da Saúde – a vistoria deverá ser realizada “in loco” pela Secretaria de Saúde, que avaliará as condições de funcionamento do Serviço para fins de cadastramento: área física, recursos humanos, responsabilidade técnica e demais exigências estabelecidas na Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002, acrescido de parecer favorável da Secretaria de Estado da Saúde.

§ 2º Aprovação do cadastramento pela Comissão Intergestores Bipartite que poderá reprovar ou aprovar o cadastramento com exigências, caso em que o processo retomará ao gestor municipal para arquivamento ou adequação.

§ 3º Remessa do processo para a Área Técnica de Saúde Mental/ASTEC/SAS, que deverá emitir parecer, conforme determinado pelo Artigo 6º da Portaria GM/MS N°

336, de 19 de fevereiro de 2002, ouvida, se necessário, a Câmara Técnica da Comissão Intergestores Tripartite. Caso o parecer seja favorável, o processo será encaminhado ao gestor estadual para efetivar o credenciamento.

Art.14 Estabelecer que os gestores estaduais terão o prazo de 06 (seis) meses, a partir da publicação desta Portaria, para efetivar o recadastramento dos Centros de Atenção Psicossocial.

Art. 15 Determinar que a APAC-I/Formulário será emitida para a realização dos procedimentos constantes do Artigo 9º, desta Portaria, e terá validade de até 03 (três) competências.

Parágrafo Único - Na APAC-I/Formulário não poderá ser autorizado mais de um procedimento constante do Artigo 9º, desta Portaria a exceção do procedimento 38.042.10.0 -Acompanhamento de Pacientes no período das 18 às 21 horas que poderá ser principal ou secundário.

Art. 16 Definir que a cobrança dos procedimentos principais autorizados na APAC-I/Formulário será efetuada mensalmente somente por meio de APAC-II/Meio Magnético, da seguinte forma:

§ 1º - APAC-II/Meio Magnético Inicial - abrange o período a partir da data de início da validade da APAC-I/Formulário até o último dia do mesmo mês;

§ 2º - APAC-II/Meio Magnético de Continuidade – Abrange o 2º e 3º mês subsequentes a APAC-II/Meio Magnético inicial.

Art. 17 - Definir que a APAC-II/Meio Magnético poderá ser encerrada com os códigos abaixo discriminados, de acordo com a Tabela de Motivo de Cobrança do SIA/SUS:

6.3 Alta por abandono do tratamento.

6.8 Alta por outras intercorrências clínica/cirúrgica.

6.9 Alta por conclusão de tratamento.

7.1 Permanece na mesma UPS com o mesmo procedimento.

7.2 Permanece na mesma UPS com mudança de procedimento.

8.1 Transferência para outra UPS.

8.2 Transferência para internação por intercorrência.

9.1 Óbito relacionado à doença.

9.2 Óbito não relacionado à doença.

Art. 18 Definir que o valor dos procedimentos inclui todas as atividades desenvolvidas pelos profissionais voltados para a assistência em saúde mental, inclusive, as desenvolvidas em oficinas terapêuticas.

Art. 19 - Estabelecer que os procedimentos definidos no Artigo 9º, desta Portaria, sejam incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 20 Utilizar para o registro das informações dos procedimentos constantes do Artigo 9º, desta Portaria, as Tabelas do Sistema APAC-SIA abaixo relacionadas:

- Tabela Motivo de Cobrança (Anexo III);

- Tabela de Nacionalidade (Anexo IV).

Art. 21 Definir que o Departamento de Informática do SUS/DATASUS disponibilizará em seu BBS/DATASUS/MS área 38 - SIA, o programa de APAC-II/Meio Magnético a ser utilizado pelos prestadores de serviço.

Art. 22 Estabelecer que é de responsabilidade dos gestores estaduais e municipais, dependendo das prerrogativas e competências compatíveis com o nível de gestão, efetuar o acompanhamento, controle, avaliação e auditoria que permitam garantir o cumprimento do disposto nesta Portaria.

Art. 23 Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação com efeitos financeiros a contar da competência outubro de 2002.

RENILSON REHEM DE SOUZA

Secretário

(*) Republicada por ter saído com incorreções, do original, no D.O nº 56, de 22 de março de 2002, Seção 1, Pág. 108.

ANEXO II

Portaria n.º 336/GM Em 19 de fevereiro de 2002.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto

arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

Art. 4º Definir, que as modalidades de serviços estabelecidas pelo Artigo 1º desta Portaria correspondem às características abaixo discriminadas:

4.1 - CAPS I – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar no período de 08 às 18 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

4.1.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS I inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.1.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro;

c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

4.2 - CAPS II – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

c - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

d - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

e - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

f - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

4.2.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária: os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

4.2.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS II, para o atendimento de 30 (trinta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.

d - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3 - CAPS III – Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

b - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), por determinação do gestor local;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas no âmbito do seu território;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - estar referenciado a um serviço de atendimento de urgência/emergência geral de sua região, que fará o suporte de atenção médica.

4.3.1 - A assistência prestada ao paciente no CAPS III inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, orientação, entre outros);

b - atendimento grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - acolhimento noturno, nos feriados e finais de semana, com no máximo 05 (cinco) leitos, para eventual repouso e/ou observação;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias, e os que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 04 (quatro) refeições diárias;

i - a permanência de um mesmo paciente no acolhimento noturno fica limitada a 07 (sete) dias corridos ou 10 (dez) dias intercalados em um período de 30 (trinta) dias.

4.3.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS III, para o atendimento de 40 (quarenta) pacientes por turno, tendo como limite máximo 60 (sessenta) pacientes/dia, em regime intensivo, será composta por:

a - 02 (dois) médicos psiquiatras;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental.

c - 05 (cinco) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 08 (oito) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.3.2.1 - Para o período de acolhimento noturno, em plantões corridos de 12 horas, a equipe deve ser composta por:

a - 03 (três) técnicos/auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço;

b – 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio;

4.3.2.2 - Para as 12 horas diurnas, nos sábados, domingos e feriados, a equipe deve ser composta por:

a - 01 (um) profissional de nível superior dentre as seguintes categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, ou outro profissional de nível superior justificado pelo projeto terapêutico;

b - 03 (três) técnicos/auxiliares técnicos de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro do serviço

c - 01 (um) profissional de nível médio da área de apoio.

4.4 – CAPS i II – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária destinado a crianças e adolescentes com transtornos mentais;

b - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

c - responsabilizar-se, sob coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental de crianças e adolescentes no âmbito do seu território;

d - coordenar, por delegação do gestor local, as atividades de supervisão de unidades de atendimento psiquiátrico a crianças e adolescentes no âmbito do seu território

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial, na atenção à infância e adolescência;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até às 21:00 horas.

4.4.1- A assistência prestada ao paciente no CAPS i II inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social;

g - desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça;

h - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária, os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias;

4.4.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS i II, para o atendimento de 15 (quinze) crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo 25 (vinte e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental;

b - 01 (um) enfermeiro.

c - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

d - 05 (cinco) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

4.5 – CAPS ad II – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:

a - constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;

b - sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;

c - possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;

d - coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;

e - supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;

f - realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;

g - funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.

h - manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

4.5.1. A assistência prestada ao paciente no CAPS ad II para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:

a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);

b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);

c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;

d - visitas e atendimentos domiciliares;

e - atendimento à família;

f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.

h - atendimento de desintoxicação.

4.5.2 - Recursos Humanos:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

a - 01 (um) médico psiquiatra;

b - 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;

c - 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

d - 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

e - 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

Art.5º Estabelecer que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e

não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor. A descrição minuciosa destas três modalidades deverá ser objeto de portaria da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que fixará os limites mensais (número máximo de atendimentos); para o atendimento intensivo (atenção diária), será levada em conta a capacidade máxima de cada CAPS, conforme definida no Artigo 2º.

Art. 6º Estabelecer que os atuais CAPS e NAPS deverão ser recadastrados nas modalidades CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad II pelo gestor estadual, após parecer técnico da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. O mesmo procedimento se aplicará aos novos CAPS que vierem a ser implantados.

Art.7º Definir que os procedimentos realizados pelos CAPS e NAPS atualmente existentes, após o seu recadastramento, assim como os novos que vierem a ser criados e cadastrados, serão remunerados através do Sistema APAC/SIA, sendo incluídos na relação de procedimentos estratégicos do SUS e financiados com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art.8º. Estabelecer que serão alocados no FAEC, para a finalidade descrita no art. 5º, durante os exercícios de 2002 e 2003, recursos financeiros no valor total de R\$52.000.000,00 (cinquenta e dois milhões de reais), previstos no orçamento do Ministério da Saúde.

Art.9º. Definir que os procedimentos a serem realizados pelos CAPS, nas modalidades I, II (incluídos CAPS i II e CAPS ad II) e III, objetos da presente Portaria, serão regulamentados em ato próprio do Secretário de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

Art.10. Esta Portaria entrará em vigor a partir da competência fevereiro de 2002, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ SERRA