



Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ
Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSPSA
Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana - CESTE-H

**Novas Práticas de Cuidado e Produção de Sentidos no contexto
da Reforma Psiquiátrica Brasileira:**

Análise da Experiência do *Grupo Harmonia Enlouquece* no campo
da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro

Mestranda: Renata Ruiz Calicchio

Orientadores: Brani Rozemberg

Paulo Amarante

**Rio de Janeiro
2007**

BANCA EXAMINADORA

Dra Brani Rozemberg – Orientadora

Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / ENSPSA / FIOCRUZ

Dr. Paulo Amarante – Co-Orientador

Depto. Administração e Planejamento / ENSPSA / FIOCRUZ

Dra. Claudia Elizabeth Abbês Baeta Neves

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Universidade Federal Fluminense

Dra Jussara Britto

Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana / ENSPSA / FIOCRUZ

Dra Áurea Maria da Rocha Pitta – 1ª suplente

Depto. de Administração e Planejamento / ENSPSA / FIOCRUZ

Dra Maria Beatriz Guimarães – 2ª suplente

Depto. de Endemias Samuel Pessoa / ENSPSA / FIOCRUZ

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

Ao Grupo Harmonia Enlouquece, pela emoção do encontro e ousadia de articular trabalho, criação e prazer, demonstrando que a loucura e a música são plenas de sentidos e possibilidades.

A minha mãe, *in memorium*, pela capacidade de afeto que trago viva comigo.

Para Micael, todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

À Dra Brani Rozemberg, pelo acolhimento, interesse e dedicação no processo de orientação, e por acreditar que é possível e necessário articular trabalho, criação e prazer.

Ao Dr Paulo Amarante, pela co-orientação e apoio incondicional, como chefe e amigo, diante das exigências do mestrado e de mudanças da vida. Agradeço a você, a oportunidade de aprender a importância de praticar uma *utopia ativa* por um mundo melhor, mais acolhedor e solidário às diferenças.

Ao Dr. Carlos Minayo pelo incentivo e apoio carinhoso neste percurso acadêmico, meus sinceros agradecimentos.

À Áurea Pitta e Teresa Neves, pelo carinho, amizade e disponibilidade para discussões em buscas teóricas mais ousadas. À amiga Adriana Kelly, pelo apoio e disponibilidade.

À equipe e amigos do Laboratório de Pesquisas e Estudos em Saúde Mental - LAPS/DAPS/ENSP, em especial: Nina, Edvaldo, Flavia Helena, Renatinha, Leandra, Moniquinha, Cláudio e Gora e, àqueles a quem a memória não foi suficiente, mas não menos importantes, pelos ricos momentos compartilhados e o apoio constante e tão necessário.

Ao Departamento de Comunicação e Saúde - DCS/CICT/FIOCRUZ, pela aprendizagem de um olhar sobre a saúde em busca de sentidos para além do visível.

Ao meu querido Coral FIOCRUZ, fonte de inspiração para este trabalho; espaço onde a criação, o prazer e a liberdade fornecem o tom.

Ao Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro – CPRJ, pela gentileza de abrir suas portas para a realização desta pesquisa.

Aos meus colegas de Mestrado da ENSP, Rejane, Letícia, Tatiana, Bruno, Marcelo, Alessandra, pelo prazer da convivência e amizade. À Simone, minha amiga querida, pela cumplicidade em mais uma importante etapa do caminho. À Liana, pela amizade de sempre.

Aos professores e equipe da Secretaria Acadêmica da Escola Nacional de Saúde Pública pela atenção e à Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz pela oportunidade de aprimoramento profissional.

A todos os usuários e trabalhadores no campo da saúde mental, que de forma inovadora vêm produzindo novas possibilidades de vida e saúde e afirmando diariamente a relevância da Reforma Psiquiátrica Brasileira por uma sociedade mais humana, justa e solidária.

À pequena Sofia, pelo carinho da companhia na etapa final e mais difícil deste processo, que como ela dizia impressionada “parece que não vai terminar nunca...”.

À minha família, pelo apoio ao longo da vida.

RESUMO

Em um contexto marcado pela emergência de novos paradigmas e de um novo modelo de cuidado no campo da Saúde Mental e Coletiva e, diante da necessidade de refletir sobre o que está se produzindo no cotidiano dos serviços de saúde mental, apresenta-se neste trabalho a análise de uma experiência. Trata-se do estudo de caso do grupo “Harmonia Enlouquece”, formado por técnicos e usuários a partir de uma oficina de musicoterapia em um serviço de saúde mental no município do Rio de Janeiro.

O trabalho teve como objetivo compreender como e em que condições são criadas novas práticas de cuidado e os sentidos produzidos sobre as mesmas, confrontando-os com os pressupostos da desinstitucionalização e da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como, evidenciar avanços e desafios na inovação das práticas institucionais.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa fundamentada na perspectiva do construcionismo social. Os resultados obtidos revelam a importância de contextos sócio-político e institucional favoráveis assim como a ênfase nas relações como condições que favoreceram a emergência e evolução desta prática alternativa. Nesse contexto, foi possível identificar novos e “tradicionais” sentidos sobre: o trabalho em saúde mental, o tratamento, o trabalho terapêutico e ainda sobre o processo saúde/doença. Foi possível identificar mudanças nas relações mais acolhedoras e humanizadas sendo estas reconhecidas como as principais estratégias de cuidado. Tal estratégia vem proporcionando ainda a melhoria da qualidade de vida e relações das pessoas envolvidas e no âmbito institucional.

À medida que a prática extrapola o contexto institucional, evidenciam-se avanços na articulação entre finalidades clínicas, políticas e sociais. Paradoxalmente, foram encontradas ambigüidades nesta articulação que, em última instância, evidenciam impasses na superação do modelo médico hegemônico e na carência de investimentos em ações e políticas intersetoriais para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica e do SUS.

Palavras chave: novas práticas de cuidado; saúde mental; Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

Regarding the context in which a new model and practices of care are emerging in the mental and collective health field, and also regarding what is being done in the day to day public health mental services, an analyses of a case study is presented in this dissertation. This case study here presented is based on the creation of “Grupo Harmonia Enlouquece” formed by professionals and patients and emerged from a music therapy group on a mental health service in Rio de Janeiro city.

The objective was to achieve an understanding of how and in which conditions mental health practices are created and their representations and confronting them with the lines of direction of desinstitutionalization and the Brazilian Psychiatric Reform. Therefore, it is also an objective to demonstrate the advances and challenges in the innovation of psychiatric practices.

In this research a qualitative method was used based in the construcionismo social perspective. The obtained results reveal the importance of the social, political and institutional contexts favorable to the creation and development of this innovative practice. It was, therefore, possible to identify new and not so new significances to mental health work, to the treatment and the therapeutic work, as well as the health/illness process. It was also possible to identify changes to a more welcoming and humanized relationship that, furthermore, became the main care strategy. This strategy brings about an improvement in the relationships towards the institution as well as better quality of life for the people involved.

As the practice went beyond the walls of the institution, the clinical social and political articulated objectives were gained. Paradoxically, ambiguities were found in this articulated objectives mentioned that lead to challenges in overcoming the medical hegemonic model of treatment and the need of investments in interinstitutional actions and policies to advances and consolidation of the Brazilian Psychiatric Reform and SUS.

Key words: new practices of care, mental health; psychiatric reform; desinstitutionalization

“A música fala ao mesmo tempo ao horizonte da sociedade e ao vértice subjetivo de cada um, sem se deixar reduzir às linguagens. Esse limiar está fora e dentro da história. A música ensaia e antecipa aquelas transformações que estão se dando, que vão se dar, ou que deveriam se dar, na sociedade.” (WISNIK, 1989:12)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12	
CAPÍTULO I - PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS: O TRABALHO E/EM SAÚDE		
1.1. Trabalho e Saúde		
1.1.1.Os conceitos de <i>processo de trabalho</i> e de <i>prática</i>	16	
1.1.2.Relações <i>Trabalho e Saúde</i>	18	
1.1.2.1. A perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho: o trabalho como mediação para a saúde.....	20	
1.1.3.Coletivos organizados de produção: articulando interesses, desejos e necessidades.....	24	
1.2.Trabalho em Saúde		
1.2.1.O conceito de <i>saúde e</i> o paradigma da <i>Promoção da Saúde</i>	25	
1.2.2. <i>Clínica Ampliada</i>	27	
1.2.3. <i>Trabalho vivo em ato</i> : as relações na <i>produção da saúde</i>	27	
1.3. Trabalho em Saúde Mental		
1.3.1. <i>Desinstitucionalização</i>	29	
1.3.2.Reforma Psiquiátrica como <i>processo social complexo</i>	31	
1.3.3. <i>Reabilitação e Atenção Psicossocial</i>	32	
1.4. <i>Produção de Sentidos</i> : o Construcionismo como perspectiva de análise.....	36	
1.4.1. Procedimentos metodológicos.....	38	
CAPÍTULO II - PRÁTICAS EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL		
2.1. Práticas Morais.....	43	
2.2. Práticas “Reformadas”.....	50	
2.3. Práticas “Inventadas”.....	55	
CAPÍTULO III - TRAJETÓRIA, ESTRATÉGIAS E TÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.		
3.1. A Trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira em três tempos.....	59	
3.1.1. “Inventando novas práticas”: três experiências no Campo da Saúde Mental.....	64	
3.1.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental.....	68	
3.1.3. Um novo Modelo de Atenção.....	70	
3.1.3.1. <i>Oficina Terapêutica</i> como dispositivo de cuidado.....	72	
CAPÍTULO IV - O CENÁRIO DA PESQUISA: O Campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro.....		76
CAPÍTULO V - O COTIDIANO DA PRÁTICA: O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ).....		82
5.1. Os sujeitos da pesquisa.....	82	
5.2. Descrição do ambiente da pesquisa: o CPRJ.....	84	

5.3. Entre o <i>prescrito</i> e o <i>real</i> na organização da atenção e do cuidado: sentidos sobre processo de trabalho tratamento.....	85
5.3.1. Dos “escombros” à co-construção de um Projeto Institucional.....	85
5.3.2. O processo de <i>acolhimento</i> e a construção de <i>vínculo</i>	88
5.3.3. Relações humanizadas frente à cronicidade.....	93
5.3.4. O trabalhador de saúde mental no “olho do furacão”.....	95
5.3.5. <i>Complexidade</i> e <i>diversidade</i> do cuidado.....	97
5.3.6. Estratégias desenvolvidas frente à precariedade do sistema de saúde: <i>integralidade</i> e <i>intersectorialidade</i>	100
CAPITULO VI - A PRÁTICA NO COTIDIANO: A música como estratégia de desinstitucionalização - o “som e os sentidos” na produção do cuidado	
6.1. O Projeto “Convivendo com a Música”: Convivência e Criação.....	104
6.2. Desconstruir e Inventar: “o grupo de fazer música” se diferencia da oficina de musicoterapia.....	108
6.3. De oficina aberta à oficina itinerante: “ensaios terapêuticos”.....	109
6.4. O Grupo Harmonia Enlouquece: sentidos em movimento.....	111
6.5. O primeiro CD, que sufoco!.....	114
6.6. “Os cachês”: impasses no reconhecimento de <i>valor</i>	116
6.7. <i>Coletivo Organizado para Produção</i> : harmonizando desejos, interesses e necessidades entre “o dentro e o fora” da Instituição.....	119
6.7.1. “Por dentro”: terapia, trabalho e prazer.....	120
6.7.2. “Por fora”: aprendizagem, reconhecimento e a emancipação do campo terapêutico em questão.....	122
6.8. A “harmonia” rompe barreiras... ..	129
6.9. Perspectivas e desafios e suas implicações na “harmonia” do grupo: interesses, desejos e necessidades em transformação.....	131
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	139
FONTES.....	142
ANEXOS.....	154

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CERSAM – Centros de Referência em Saúde Mental

CPSM – Coordenação dos Programas de Saúde Mental

CGSM – Coordenação Geral de Saúde Mental

MNLA – Movimento Nacional da Luta Antimanicomial

MS – Ministério da Saúde

MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS – Núcleos de Atenção Psicossocial

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SASS – Secretaria de Ações e Serviços de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira vem se constituindo como um “processo social complexo” que envolve quatro diferentes dimensões: teórico-conceitual, jurídico-política, técnico-assistencial e sociocultural, que de forma simultânea e interligada busca atender necessidades concretas de indivíduos para os quais a Psiquiatria não proporcionava alternativas de assistência senão a internação e a exclusão social. (AMARANTE, 2003).

Este processo vem se constituindo de forma anti-hegemônica às políticas neoliberais que atingem o setor saúde em diferentes níveis - individual, organizacional e/ou institucional, convocando os diversos atores sociais - trabalhadores, usuários, familiares, gestores e a sociedade de forma geral - a reverem princípios e entendimentos a respeito de suas necessidades e práticas clínicas, institucionais e sociais. Nessa perspectiva, alguns estudos vêm apontando a necessidade de refletir sobre os processos de trabalho em saúde para que se aproximem e atendam às necessidades de saúde da população, ao mesmo tempo em que reconheçam e satisfaçam às necessidades dos trabalhadores inseridos na atenção em saúde. (CAMPOS, 2000, 2005A, 2005.b; MERHY, 2003, 2005).

No campo da Saúde Mental, a desinstitucionalização ¹ (ROTELLI et al, 2001) é a estratégia teórico-prática “por excelência” que orienta o conjunto de transformações que se convencionou chamar de Reforma Psiquiátrica. Nessa perspectiva, como condição indispensável para o avanço e consolidação da Reforma Psiquiátrica no âmbito do SUS, a partir dos anos de 1990 são criados novos dispositivos e estratégias de atenção psicossocial² visando sustentar a desinstitucionalização dos processos de trabalho para além dos limites da assistência e da clínica tradicional, explorando outros espaços e modos de lidar com a família, o trabalho, o lazer, a rede social, etc. Assim, ao mesmo tempo em que hospícios são fechados, são criados serviços de atenção diária, projetos de moradia; cooperativas de trabalho e geração de renda, além de projetos e ações sócio-culturais, onde o cuidado passa a ser praticado não apenas em “organizações tradicionais” (como clínicas, hospitais, etc, de âmbito público ou privado), mas em diferentes espaços sociais (como a rua, o mercado, a escola, etc). Nessa perspectiva, merecem

¹ Pela importância que o conceito *desinstitucionalização* adquire no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, o mesmo é apresentado como pressuposto teórico no capítulo I.

² No cenário brasileiro, o termo Atenção Psicossocial tem sido utilizado para definir, a um só tempo, um novo paradigma, campo e modo organização das práticas em saúde mental que visam substituir aquelas orientadas pelo paradigma médico psiquiátrico. (VENÂNCIO et al, 1997; COSTA-ROSA et al, 2003; COSTA-ROSA, 2006).

destaque as *oficinas terapêuticas*³ amplamente adotadas em *serviços substitutivos*⁴ preocupados em romper com um modelo clínico tradicional e investir na valorização de *novas práticas*⁵ relacionadas com a loucura. Por meio de atividades expressivas, artísticas e artesanais, busca-se prioritariamente a socialização, expressão e inserção social; as oficinas logo se transformam em “eixos estruturadores” do *cotidiano*⁶ nos serviços e, aos poucos, começam a redesenhar o cenário assistencial no país. Nesse sentido, as oficinas vêm merecendo cada vez mais destaque em estudos e pesquisas no âmbito da atenção psicossocial em saúde mental (COSTA e FIGUEIREDO, 2004; GALLETI, 2004; LOPES, 1999).

Neste novo contexto, o debate sobre a “clínica” se reatualiza como uma preocupação permanente no campo da Saúde Mental, pois pressupõe complexas transformações no modelo tradicional e, por conseguinte, a ressignificação dos processos de trabalho e tratamento, demandando especial ênfase sobre as *tecnologias leves*⁷ do trabalho em saúde, aquelas voltadas para a valorização das relações, acolhimento, construção de vínculo e a produção de autonomia. (AMARANTE, 2003).

Após cinco anos afastada do campo da assistência em saúde mental, o curso de mestrado em saúde pública na ENSP/FIOCRUZ me instigou a revisitar o campo. À luz dos conhecimentos adquiridos, uma nova paisagem começou a se descortinar, incitando-me a refletir sobre novas práticas de cuidado no âmbito da atual da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Para tanto, escolhi como objeto empírico de estudo o grupo Harmonia Enlouquece, fruto do trabalho desenvolvido

³ A Portaria nº189/1991 define as *oficinas terapêuticas* como “método e/ou técnica terapêutica” que passa a ser oferecido junto aos novos serviços de atenção em saúde mental que se pretendem substitutivos ao hospital psiquiátrico.

⁴ O termo “serviço substitutivo” foi originalmente utilizado para designar os centros de saúde mental italianos e que posteriormente serviram de inspiração para a experiência santista de reforma, de criação dos NAPS. Este termo foi adotado pela Política Nacional de Saúde Mental no país (Portarias 189/91 e 224/92) para definir os novos serviços de atenção em saúde mental, denominados genericamente de CAPS e que, visando substituir o hospital psiquiátrico, são orientados para “promoção da inserção social da clientela assistida” e a “transformação cultural da relação entre a sociedade e a loucura”. (BRASIL /MS, 2004)

⁵ De acordo com Pinheiro e Guizardi (2004:26) o caráter inovador das práticas pode ser identificado como “uma ação participativa, multicultural, capaz de romper com a ditadura unitária do conhecimento, dos efeitos centralizadores de poder vinculado à instituição e ao funcionamento de um discurso hegemônico (...) na saúde – a racionalidade médica moderna”.

⁶ O termo *cotidiano* é genericamente definido como algo que acontece diariamente e é comum a todos os dias. Porém, para autores como Agnes Heller (1987), Michel de Certeau (1994) e Milton Santos (2006), este termo assume importância crucial para explicar a vida em sociedade. Assim, conforme Santos (2006:322) este pode ser representado como aspectos de um lugar compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas, instituições em uma relação dialética de cooperação e conflito, enquanto “as bases da vida em comum”.

⁷ O termo *tecnologia* é utilizado por Merhy (2005:30) para caracterizar o conjunto de conhecimentos aplicados a determinado ramo de atividade para realização de produtos e/ou atendimento de necessidades sociais, para apontar uma das características e desafios fundamentais do processo de transição tecnológica em saúde diz respeito ao plano das *tecnologias leves*, ou seja, aos aspectos relacionais inscritos no modo de atuação e gestão do cuidado.

em uma oficina de musicoterapia em um serviço público de saúde mental e atenção psicossocial no Rio de Janeiro – o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ). A escolha desta experiência⁸ deve-se primeiramente ao fato de que a mesma vem “extrapolando” o cotidiano do campo assistencial, permitindo evidenciar avanços, assim como impasses e desafios em direção à transformação do *lugar social da loucura* – entendendo este como maior objetivo da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 1997). Como toda boa escolha requer implicação, essa não fugiu a regra, tendo partido da minha experiência anterior como trabalhadora no campo da Saúde Mental (1997-2001), e também de uma forte relação com a música como participante de corais, especialmente do Coral da Fiocruz, onde trabalho desde 2002.

Assim sendo, longe de pretender avaliar essa experiência em termos de eficácia ou eficiência dentro de um novo modelo técnico-assistencial, a pesquisa procurou evidenciar o processo de construção de novas práticas e relações de cuidado em saúde mental emergente no cotidiano de um serviço no campo da saúde mental. Nesse sentido, o trabalho consistiu um processo desafiante, de reter a trama discursiva sobre o cotidiano de uma prática que busca ser “transformada e transformadora” (PITTA, 2001) e que, ao mesmo tempo em que se reconhece no contexto histórico e político da Reforma Psiquiátrica se reinventa em novas contextualizações. Desta forma, a pesquisa buscou evidenciar impasses e avanços na criação, não apenas de novas práticas, mas inovadoras e prazerosas maneiras de lidar e enunciar a loucura e seu universo.

No primeiro capítulo são apresentados os pressupostos teórico-metodológicos, a fim de sustentar um “olhar” acerca das transformações das práticas no campo da saúde mental e coletiva. São também apresentados os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa baseados em uma abordagem qualitativa.

O capítulo dois apresenta um panorama histórico da transformação das práticas em Psiquiatria e Saúde Mental, a partir de algumas experiências significativas de crítica ao paradigma psiquiátrico, estando aí incluída também a experiência brasileira.

No capítulo três são apresentados alguns marcos da trajetória recente da Reforma Psiquiátrica Brasileira e um conjunto de *estratégias e táticas*⁹ de transformação, com ênfase nas oficinas terapêuticas como dispositivo “gerador” da experiência em análise.

⁸ Segundo PINHEIRO e GUIZARDI (2004:26) a *análise de experiência* se diferencia do estudo de caso convencional, na medida em que não objetiva “avaliar as melhores práticas” (*best practices*) ou mesmo definir exemplos e buscar generalizações dos resultados.

⁹ Categorias utilizadas por Certeau (1994:40) como forma de apreensão e qualificação de *maneiras de fazer* das *práticas* e relações cotidianas em determinados contextos sociais.

No capítulo quatro, cinco e seis são apresentados os resultados da pesquisa de campo referentes aos marcos do processo de reestruturação do campo da saúde mental no município do Rio de Janeiro, do contexto institucional e da trajetória do Grupo Harmonia Enlouquece e por fim, as considerações finais.

CAPÍTULO I

PRESSUPOSTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS TRABALHO E/EM SAÚDE

A fim de estabelecer uma aproximação do objeto são apresentados os pressupostos teóricos que nortearam o processo de pesquisa, a partir dos conceitos de: *processo de trabalho e prática; trabalho como mediação para saúde; saúde; promoção da saúde; clínica ampliada; trabalho vivo em ato; desinstitucionalização e reforma psiquiátrica; reabilitação e atenção psicossocial, cuidado e modo psicossocial*, de forma a sustentar uma reflexão sobre as transformações e emergência de novas práticas no campo da Saúde Mental no contexto atual da Reforma Psiquiátrica no país.

1.1. TRABALHO E SAÚDE

1.1.1.O conceito de *processo de trabalho e de prática*

De acordo com a perspectiva dialético-marxista, o conceito de *trabalho* extrapola a simples atividade de transformação da natureza para se constituir como “práxis”, ou seja, uma prática transformadora da natureza, das relações sociais e dos sujeitos, situando-se na zona fronteira entre os campos da produção técnica, econômica, cultural e política. Desta noção de *trabalho* como expressão dinâmica da ação humana e de seu papel histórico no processo de mudanças, de luta, dominação e resistência, deriva o conceito de *processo de trabalho*. (LAURELL e NORIEGA, 1989) Este, em sua base constitutiva, apresenta três elementos essenciais e que mantém uma relação mais ou menos interligada de acordo com o modelo referencial: (1) concepções de objeto; (2) meios e instrumentos (3) finalidade(s). De acordo com Minayo (1999:82-85), a análise do *processo de trabalho* envolve, portanto, a compreensão das contradições entre concepções e práticas; ou seja, entre as representações sociais e a base material que as informa.

Para Bourdieu (1994:19) o conceito de *prática* é entendido como “produto da relação dialética entre uma situação e um habitus” constituindo-se como matriz de percepção, apreciação e ação, que se realiza em determinadas condições sociais. Nessa perspectiva, as práticas e suas

representações são fruto de uma dialética envolvendo, por um lado, o desejo e interesse dos sujeitos e grupos na produção de um determinado “habitus” e, por outro, as condições de seu exercício, ou seja, os contextos sociais, políticos, econômicos e culturais de produção.

A pesquisa baseou-se também nos estudos de Acioli (2000, 2001) que procurando lançar luz sobre as “maneiras de fazer” das práticas e relações cotidianas em saúde traz Michel Certeau (1994) como importante referência para a definição de *prática*. Conforme Certeau (1994:40) *prática* é tudo “aquilo que é decisivo para a identidade de um usuário ou de um grupo, na medida em que essa identidade lhe permite assumir o seu lugar na rede de relações sociais inscritas no ambiente”. Como forma de apreensão e qualificação das *práticas*, o autor propõe ainda outras duas categorias: *estratégias e táticas*¹⁰. Por *estratégias* o autor entende as ações orientadas para determinada finalidade e por certa lógica de ação submetida a uma estrutura de saber/poder. As *táticas* por sua vez, são ações desenvolvidas no campo de visão do outro, porém, não submetidas a sua estrutura de poder. Dessa forma, as mesmas se constituem como procedimentos “minúsculos” capazes de alterar os processos dominantes, pois escapam às redes de vigilância constituindo-se como “astúcias” ou pequenas tecnologias de “antidisciplina”.

Tais conceitos tornam-se fundamentais para compreensão das transformações e da concepção de novas práticas no Campo da Saúde Mental e Coletiva, entendidas para além de uma dimensão técnica-assistencial, mas como práticas políticas, sociais, culturais e ideológicas.

1.1.2. Relações Trabalho e Saúde

No final dos anos 1960, início dos anos 1970, em um contexto marcado por grande efervescência política e social, inicia-se um processo de reflexão e ação acerca das relações entre trabalho e saúde nos países industrializados ocidentais (NEVES et al, 2004:20). No Brasil, tal processo tem início no final da década de 70, no bojo do processo da Reforma Sanitária tendo sido profundamente influenciado pelo Movimento Operário Italiano (MOI) e pela Medicina Social Latino-Americana para a qual se atribui como principal foco: a crítica ao processo de medicalização da população, a reestruturação da assistência e ampliação de intervenções e práticas em saúde. Desta forma, *saúde* e *trabalho* tornam-se as principais questões de luta no

¹⁰ Certeau (2004) se inspira na análise que Foucault faz em seu livro “Vigiar e Punir” em que define *vigilância* como dispositivo de poder. Em sua análise, Foucault substitui os aparelhos repressivos de poder (instituições repressivas e legais) pelos dispositivos que se utilizam deste mesmo poder e “reorganizam clandestinamente” o seu funcionamento. Desta forma, o autor procura explicar como existem mecanismos que escapam a uma rede de vigilância que se estende por toda a parte e que se constituem como estratégias de resistência minúsculas e cotidianas que buscam “jogar” e alterar a ordem socio-política.

campo da Saúde Coletiva¹¹, onde o conceito de *processo de trabalho* torna-se fundamental para a compreensão social e histórica das relações entre trabalho e saúde.

O Campo da Saúde do Trabalhador

Nesse contexto, surge o Campo da Saúde do Trabalhador estabelecendo uma ruptura com os modelos da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional centrados em enfoques mecanicistas, biologicistas e individualizantes sobre a relação entre processo de trabalho e a saúde/doença dos trabalhadores. (MENDES e DIAS, 1991)

A Medicina do Trabalho emerge no contexto da Revolução Industrial, apresentando como principais características: uma concepção médica biologicista bem como individualista e ações/intervenções circunscritas ao espaço fabril, voltadas para o isolamento de riscos específicos e medicalização dos trabalhadores que apresentam sinais e sintomas relacionados aos riscos detectados. Já a abordagem da Saúde Ocupacional fundamentada na perspectiva da proteção, prevenção, promoção da saúde, busca a intervenção sobre os ambientes de trabalho, detectando e controlando os possíveis agentes causadores de agravos à saúde do trabalhador, instituindo regras e normas de segurança, como maneira de garantir a prevenção de acidentes e adversidades dos ambientes de trabalho. Segundo Mendes e Dias (1991), embora a Saúde Ocupacional tenha surgido buscando superar o caráter exclusivamente biológico das análises tradicionais em Medicina do Trabalho, não colocou em questão os dilemas das relações entre capital-trabalho em relação à saúde dos trabalhadores.

Reconhecendo a natureza complexa e conflitiva da relação saúde e trabalho, o Campo da Saúde do Trabalhador adota o conceito de *processo de trabalho* como principal categoria de análise nas suas ações e reflexões, na medida em que “possibilita reformular as concepções ainda hegemônicas que, ao estabelecerem articulações simplificadas entre causa e efeito, em uma perspectiva uni ou multicausal, desconsideram a dimensão social e histórica do trabalho e da saúde/doença”. (MINAYO GÓMEZ e THEDIM COSTA, 1997:27)

O campo da Saúde do Trabalhador apresenta como princípios norteadores: o enfoque interdisciplinar sobre a relação saúde-doença e multiprofissionalidade, incorporando a experiência/subjetividade do trabalhador como sujeito do processo de conhecimento e

transformação das condições de trabalho e sociais. (MENDES e DIAS, 1991; MINAYO-GOMEZ e THEDIM COSTA, 1997) De acordo com Mendes e Dias (1991) as influências do MOI no campo da Saúde do Trabalhador podem ser evidenciadas na incorporação de alguns de seus princípios: “conhecer para transformar” e da “não-delegação”; traduzindo-se nos princípios da interdisciplinaridade e da participação dos trabalhadores nos estudos, como portadores de um saber sobre o processo saúde/doença¹². Em suma, de acordo com Silva, o Campo da Saúde do Trabalhador pode ser definido

“(…) não como uma disciplina homogênea, mas por “metas e eixos de ação”, dentre os quais temos a luta pela saúde, produzida nas transformações dos processos, na eliminação dos riscos e na superação das condições precárias de trabalho. Um outro eixo está na valorização das demandas e dos conhecimentos advindos da experiência (...)”. (SILVA, 2002:2)

Para Neves et al (2004:20) abre-se uma nova perspectiva de investigação da relação trabalho e saúde, pois “já não se trata, portanto, do estudo exclusivo de patologias, mas do processo saúde-doença; já não se trata de mero fenômeno biológico individual, mas biopsicossocial, expressão concreta, na corporeidade humana, do processo histórico em um momento determinado”.

1.2.1.1. A perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho: *o trabalho como mediação para a saúde*

Dentre as perspectivas de análise que buscam compreender e intervir na relação trabalho e saúde a partir de uma perspectiva complexa, a Psicodinâmica do Trabalho, que tem Cristophe Dejours como seu maior expoente, é uma das principais referências. Seu principal objetivo é “o estudo das relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimentos e de prazeres vividos por um lado, e organização do trabalho e relações sociais de outro” (DEJOURS, 2004: 245).

Dejours (1987) considera que o trabalho ocupa um lugar central no funcionamento da sociedade contemporânea. Para este autor, as *relações* cotidianas e de trabalho são o palco onde

¹² É interessante ressaltar que data deste mesmo período (1978-1987) o surgimento do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) dentre outros movimentos sociais emergentes no país, que sob as mesmas influências, além de outras advindas de movimentos de crítica à psiquiatria no contexto europeu dos anos de 1960/70, trouxe denúncias sobre as péssimas condições de saúde, trabalho e assistência e mobilizações pela humanização e dos hospitais psiquiátricos, tanto públicos como privados no país. (AMARANTE, 1998).

se dão as trocas afetivas e materiais que viabilizam a identidade individual e social, constituindo-se como fator de mediação entre o sujeito e o coletivo, entre a subjetividade e o social.

“Se admitirmos que os comportamentos subjetivos são organizados segundo uma racionalidade específica, é necessário, então observar os meios pelos quais essa racionalidade subjetiva pode impor-se no espaço social e no espaço político (...) Do meu ponto de vista, a subjetividade inscreve-se no social, no ético e no político, principalmente por meio do trabalho. O trabalho é certamente o mediador privilegiado e insubstituível entre o inconsciente e o campo social”. (DEJOURS, 2004:167-168)

A perspectiva teórica da Psicodinâmica do Trabalho é profundamente marcada pela obra de Canguilhem (1995) para quem a saúde e a doença são fenômenos constitutivos do processo vital, implicando a capacidade normativa para reagir, instituir normas e exercitar a possibilidade de adoecer e recuperar-se. Assim, o principal interesse da abordagem psicodinâmica é a *normalidade*, compreendida como um equilíbrio instável, frágil e provisório entre o sofrimento e as defesas contra o mesmo.

Assim, Dejours (1987) entende que toda organização do trabalho é a princípio desestabilizadora da saúde; sendo o sofrimento inerente à mesma. As situações de trabalho são compreendidas não apenas em sua rigidez, mas em sua flexibilidade, ou seja, como um “equilíbrio instável” resultante de estratégias intencionais e complexas, e que dependem do grau de liberdade e vontade dos agentes, autonomia; sendo a “normalidade” tomada como produto dessa dinâmica humana. (DEJOURS, 2004:52).

O real e o prescrito na organização do trabalho

Buscando compreender aspectos da organização do trabalho que escapavam à percepção da Psicodinâmica do Trabalho, ou seja, “como e em que condições os sujeitos se engajam na dinâmica de construção e de evolução do trabalho”, estabeleceu-se um profícuo diálogo com o campo da Ergonomia Situada, pois esta havia descoberto “a existência de um intervalo irredutível entre a *tarefa prescrita* e a *atividade real* do trabalho”.(DEJOURS, 2004:61).

De acordo com esta abordagem, o *trabalho prescrito* é o conjunto de exigências e condições a partir das quais o trabalho é realizado, incluindo aspectos técnicos (ambiente físico, matéria-prima, etc) e sócio-econômicas bem como as prescrições (normas, ordens, procedimentos, etc). O

trabalho real por sua vez, diz respeito ao que é efetivamente realizado pelo trabalhador, ou seja, a uma *atividade* que é sempre singular, pois compreende os aspectos dinâmicos do trabalho e a mobilização dos trabalhadores frente à complexidade e variabilidades presentes nas situações de trabalho. (BRITO, s/d).

Tais conceitos foram adotados por Dejours e deste diálogo partiu uma nova definição para o trabalho: “atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho”.(DEJOURS, 2004:65). Esta nova definição do trabalho enfatiza principalmente a *dimensão* humana do trabalho:

“O trabalho não está reduzido as relações sociais que o enquadram, nem ao assalariamento, tampouco as relações de poder. O que está prescrito nunca é suficiente. Quando há apenas atividade prescrita, é possível torná-la desumanizada, torná-la uma atividade de ordem maquinal, tal como na primeira fase do desenvolvimento industrial.”(DEJOURS, 2004:65)

Trabalho e Intersubjetividade

A *intersubjetividade* é o conceito explorado por Dejours (2004:65) para dar conta do discurso que o sujeito elabora e mobiliza para dar sentido e obter prazer no trabalho e para criação de um *saber-fazer* a partir de modos operatórios inovadores. Nessa perspectiva, o caráter humano do trabalho ganha ênfase “uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente.”

Para Dejours (2004:69) o trabalho é criação do novo, do inédito; sendo assim, o processo de mobilização subjetiva dos trabalhadores é propiciado por um conjunto de condições psicológicas e sociais, que se articulam na construção da organização do trabalho de forma a possibilitar a transformação do sofrimento em criatividade e prazer. Nesse sentido, a organização prescrita do trabalho mobiliza a *iniciativa*, a *inventividade*, a *criatividade* e formas de inteligência específica do trabalhador que se expõem especificamente no campo da prática denominada de *engenhosidade* ou ainda *inteligência prática*.

Já a *cooperação* diz respeito a um “grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho”, pois envolve a vontade das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições que surgem da própria natureza ou da organização do trabalho. Esta é fundamentalmente não predeterminada, ou seja, escapa a uma descrição prévia e

tampouco pode ser prescrita, pois o que está em jogo são a liberdade e o desejo/vontade de cooperação. (DEJOURS, 2004:67)

Por fim, a *confiança* é outro importante fator mobilizado nas situações de trabalho, estando ainda intimamente relacionada à *cooperação* entre os indivíduos (colegas, subordinados, chefes e dirigentes). A análise psicodinâmica da confiança demonstra que esta depende não apenas de requisitos psicoafetivos (desejo/vontade de cooperação), mas, sobretudo, do estabelecimento de valores e regras (éticas) comuns. (NEVES et al, 2004:36).

Os avanços das análises dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho demonstraram que o indivíduo espera ser retribuído de alguma forma, pois, por mais espontânea que seja a mobilização subjetiva, ela é extremamente frágil. Assim, para que ela se instaure são necessárias determinadas condições sociais, para que a inteligência e criatividade sejam reconhecidas através de uma dinâmica entre o binômio contribuição/retribuição.

A “Psicodinâmica do Reconhecimento”

As análises então se voltam para o entendimento da “psicodinâmica do reconhecimento” sugerindo que este é, fundamentalmente, de natureza simbólica. Os estudos levam a compreensão de que todo *reconhecimento* implica um *juízo* acerca do trabalho realizado que provém dos pares - o que pressupõe a existência de um “coletivo” ou uma “comunidade de pares”. (DEJOURS, 2004)

O *juízo* assume diferentes tipos: *de utilidade* – que vem dos superiores hierárquicos e subordinados (ou clientes) em uma linha vertical e diz respeito à utilidade social e produtiva da contribuição e o *juízo estético* (beleza e originalidade) - que vem em linha horizontal, pelos pares (colegas, membros da equipe ou da comunidade) estando relacionado à qualidade do feito de acordo com as regras de trabalho do coletivo e a “ousadia” de sua conduta além dos regulamentos. Este último aparece como “um elo de suma importância e o ponto sensível da dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho” (DEJOURS, 2004:75) na medida em que os pares são aqueles que, por conhecerem as regras efetivamente, possuem as condições de avaliar “a elegância, o rigor e a engenhosidade do que foi feito, assim como em que medida esse trabalho expressa uma singularidade do que foi feito”.(NEVES et al, 2004:36).

A perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho trouxe à luz a compreensão de que existiriam organizações mais ou menos favoráveis à superação do sofrimento em prazer, assim: “a saúde, o

prazer no trabalho, a realização de si mesmo, a construção da identidade, são ganhos com relação ao sofrimento, componente básico da relação de trabalho” e da mesma forma propõe buscar a compreensão das condições que os tornam possíveis uma vez que “é na possibilidade de deslocar constrangimentos, os limites do real por estratégias, pela mobilização da inteligência, é justamente aí, que a saúde e o prazer podem ser conquistados, mesmo que de forma instável (...)”. (DEJOURS, 2004:304).

1.1.3. *Coletivos organizados para produção*: articulação entre interesses, desejos e necessidades.

Sobre a relação entre sujeitos e instituições¹³, Campos (2005.b: 23) nos fala que embora o campo da gestão tenha se transformado desde o início do século passado, na maioria das organizações como fábricas, escolas, hospitais, a estrutura administrativa ainda se baseia no modelo tradicional taylorista denominado de Racionalidade Gerencial Hegemônica. Neste modelo tradicional, a disciplina e o controle - que pressupõem concentração de poder - são os eixos centrais da gestão, cerceando a espontaneidade e a iniciativa das pessoas durante a maior parte do tempo, visando à adaptação ao ambiente de trabalho.

“A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles.”(CAMPOS, 2005.b:132)

Buscando superar esta dicotomia entre trabalho e prazer, Campos (2005.b: 133) acredita ser possível ampliar a possibilidade de trabalho prazeroso a partir da elaboração conjunta de diretrizes, objetivos, objeto e métodos de trabalho, entendendo este processo como possibilidade de construção de uma “Obra coletiva”. O uso da noção de Obra, advinda dos campos da Ética e da Estética onde é utilizada para definir o trabalho religioso e artístico, não pressupõe uma

¹³ A noção de *instituição* é aqui definida de acordo com a corrente de Análise Institucional francesa, que a entende não apenas como organização ou estabelecimento (como materialidade de sua existência e onde se dá sua função reguladora), mas como processo de produção de modos de legitimação das práticas sociais, ou ainda, como movimento. Desta forma, “toda a instituição compreende um movimento que a gera – instituinte, um resultado – instituído e um processo – institucionalização”. (BAREMBLITT, 1994:176)

eliminação do caráter penoso inerente ao trabalho, mas possibilita a construção de relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho.

Nessa perspectiva, Campos (2005.b: 35) adota a noção clássica de *Coletivo Organizado para Produção*, utilizado tradicionalmente para definir agrupamentos humanos organizados em função de uma finalidade produtiva pré-estabelecida e propõe que os mesmos devem ser pensados não somente como produtores de bens ou serviços para atender às demandas sociais, mas também aos desejos e interesses dos seus membros, “combinando compromisso social com liberdade”. Segundo o autor, dentro deste conceito – *coletivos organizados para produção* - caberia desde uma família (fundada para garantir sobrevivência física e emocional), até movimentos, “bandas de música”, escolas, hospitais e fábricas, se caracterizando ainda pela capacidade de análise e gestão.

Campos (2005.b: 57) chama atenção para a necessidade de investimentos públicos e criação de políticas sociais específicas para determinados campos de práticas como a Clínica, a Arte, a Reabilitação, a Educação, entre outras, onde o objetivo é a “valorização da vida” enquanto áreas em que a incorporação de tecnologia não dispensa o trabalho humano. Pelo contrário, pois aí é que ele se torna fundamental na medida em que mobilizam a *criatividade, a inventividade, inter-relações e produção subjetiva*. Paradoxalmente, o autor (2005.b: 55) percebe que tais práticas estariam na “mira destrutiva do neoliberalismo”, onde a saída estaria em uma busca urgente de novos sentidos para o trabalho, pois

“(...) a constituição de um sujeito depende, portanto de seu empenho com a produção de obras, individuais e coletivas. (...) Fala-se aqui de trabalho em uma dimensão mais ampla, trabalho criativo de valores de uso. Trabalho necessário à solidariedade, à arte, ao cuidado com o ecossistema e da humanidade, ao lazer e à criação do novo”.(CAMPOS, 2005.b: 55).

1.2. TRABALHO EM SAÚDE

1.2.1.O conceito de *saúde* e o paradigma da *Promoção da Saúde*

Considerar o conceito de *saúde* torna-se fundamental, pois situa o contexto da pesquisa no campo da Saúde Coletiva e que vem ao longo das últimas décadas promovendo esforços na construção social de um novo paradigma e sistema de saúde, contribuindo para a produção de novos sentidos e práticas integrais e ampliadas.

Desde 1958 a *saúde* é conceituada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como “um estado completo de bem estar físico, mental e social”. No entanto, a partir dos anos 80, há um avanço na reflexão acerca desta noção de *saúde*, que deixa de ser compreendida a partir do modelo causal determinista como ausência de doença¹⁴, passando a estar relacionada à *qualidade de vida*. Partindo desta noção, a discussão sobre a *Promoção da Saúde* avança, inserindo-se no cenário internacional como uma reação à acentuada medicalização da sociedade e dos sistemas de saúde.

A Carta de Ottawa (1986), como um dos principais documentos da Saúde Pública moderna, define como requisitos fundamentais para a saúde: “a paz, a educação, a habitação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, a conservação dos recursos, a justiça social e a equidade”.

No campo das políticas públicas brasileiras, a *Promoção da Saúde* se constituiu como diretriz encaminhada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) ao Ministério da Saúde, compreendida dentro de uma perspectiva *instersetorial* (que extrapola o setor saúde) e *intersubjetiva*, ou seja, onde os sujeitos e não apenas os profissionais da área são também promotores da saúde. (BUSS, 2004)

Embora o termo tenha sido inicialmente criado para caracterizar um nível de atenção preventiva, seu significado foi mudando até passar a ter, mais atualmente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado. (BUSS, 2004:15). Desta forma, a concepção atual de *promoção da saúde* é associada a um conjunto de valores como: saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, tendo como um de seus eixos básicos - o fortalecimento da autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, quando propõe: “a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes”.(BUSS, 2004:16).

Assim, já em 1986, a conceituação ampla de *saúde* assume destaque no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde reconhecendo:

“o direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a

¹⁴ O modelo determinista parte de uma concepção de *doença* como entidade autônoma, expressa por lesões bem definidas surgidas a partir de causas identificáveis.

todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade.”(BRASIL/MS,1986).

Este relatório serviu de base para o texto da Constituição Federal de 1988, também conhecida como “Constituição Cidadã” onde o conceito de *saúde* é definitivamente entendido como “direito de cidadania”, resultante de determinantes sociais como; lazer, habitação, infraestrutura básica, renda e educação, etc. Tal fato veio reforçar a necessidade de uma política ampla, voltada à prevenção e satisfação das necessidades básicas da população.

“(…) no contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como expressão ativa – e participativa – do exercício de direitos de cidadania, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestão de políticas institucionais etc. Assim, a sociedade teve a possibilidade de superar politicamente a compreensão, até então vigente ou socialmente dominante, da saúde como um estado biológico abstrato de normalidade (ou de ausência de patologias) (LUZ apud CARDOSO, 2001:47)”.

Dessa forma, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira deu origem a um novo sistema de saúde no país - o Sistema Único de Saúde – SUS, que constitui uma proposta inovadora de reorganização dos serviços, das práticas e modos de gestão e atenção, de forma a atender as necessidades de saúde da população, e que para tanto, segundo Pasche e Hennington (2006:21), possui o duplo dever de “recriar as bases doutrinárias do sistema de saúde e, *pari passu*, reconstruir saberes e práticas e reorganizar a rede de atenção e seus serviços”.

Buscando outras ferramentas teóricas para a compreensão das implicações dessas mudanças nos processos de trabalho em saúde, resgato as contribuições de autores como Mendes (1999); Campos (2005.a, 2005. b) e Merhy (1997, 2000, 2005) que vêm trabalhando diferentes aspectos ligados à organização dos processos de trabalho no contexto de transição tecnológica e reestruturação produtiva no setor saúde.

A “produção social da saúde” e o campo da Saúde Coletiva

A teoria da “produção social da saúde” ao resgatar o conceito marxista de *produção*, tornou-se o paradigma orientador no campo da Saúde Coletiva, pois compreende a saúde como “produto social” resultante de fatores econômicos, políticos, cognitivos, ideológicos, organizativos e culturais em permanente transformação”. (MENDES, 1999:240).

Buscando articular o social ao subjetivo, Campos (2005.a: 14) entende que os bens e serviços (consultas, cuidado, pesquisas, programas, etc.) produzidos no Campo da Saúde Coletiva devem ser entendidos pelo *valor de uso*, ou seja, por sua capacidade potencial de atender necessidades sociais. Nesse sentido, o autor dá à saúde um valor diferente do mercado, de um produto a “ser consumido”, restituindo o valor que cada sujeito atribui à sua saúde.

“A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso.” (CAMPOS, 2000:228).

O autor enfatiza ainda que o *valor de uso* de um bem ou serviço socialmente produzido é, na verdade, co-produzido, pois

“(…) não serão somente os trabalhadores de saúde (por meio dos seus saberes disciplinares) que definirão as necessidades. Ao contrário, necessidades e valores de uso são constituídos por uma luta de influência entre saberes, interesses e necessidades da população, a prática política e profissional, a mídia. É com toda essa multiplicidade de determinantes que se constroem *valores de uso* e as *necessidades sociais*.” (CAMPOS, 2005.a: 14).

Nessa perspectiva, Campos (2005.a: 23) entende que “a saúde não é objeto da Saúde Coletiva ou da Clínica. Na verdade, é uma finalidade, algo que se procura defender ou construir”, um objetivo que se persegue individual ou coletivamente. Desta forma, Campos (2000:220) afirma que a Saúde Coletiva, enquanto campo de conhecimento e de práticas organizadas institucionalmente, surge como um movimento contra-hegemônico na maneira de conceber e produzir saúde, na medida em que assume o “compromisso concreto com a produção da saúde, já que esta é função e finalidade essencial, sem a qual não se está autorizado a falar em trabalho e saúde.”

1.2.2. *Clínica Ampliada*

Entendendo a saúde como “finalidade”, Campos (2005. a) propõe a noção de *Clínica Ampliada* para definir uma “atitude” ou “modo de cuidar” no campo da Saúde Coletiva que se caracteriza basicamente por: levar em consideração o sujeito (e não a doença) ¹⁵ assim como o agente de cuidado; atribuir forte ênfase às ações básicas de caráter preventivo e de interesse coletivo, visão norteadas pela *integralidade e intersetorialidade*, apoiar-se em uma concepção de saúde–doença como processo social, práticas voltadas para promoção da saúde com destaque para as relações nos processos cotidianos de trabalho e busca da autonomia dos sujeitos em relação à sua saúde. (CAMPOS, 2005. a).

Nessa perspectiva, Onocko (2006: 69) nos chama atenção que embora a clínica e a promoção possuam ritmos e especificidades próprios, elas “precisam andar juntas”, pois:

“(…) promover saúde, assim como trabalhar em prol da produção da saúde, que é termo que prefiro, demanda-nos uma outra atitude de cidadãos (...) Tenho pensado que nossa função é colocar-nos a serviço da defesa da vida, mas como agentes que se deixam tocar, interferir, pela vida que aí pulsa. Colocar nossa dimensão técnica do trabalho a serviço das estratégias de vida dos próprios usuários e aí, a separação entre a clínica e promoção parece-me totalmente desnecessária”.

1.2.3. *Trabalho vivo em ato: as relações na produção da saúde*

Merhy (2005) posiciona-se de forma crítica às análises do processo de trabalho em saúde que partem de uma visão clássica baseada em correntes da Sociologia do Trabalho de vertente marxista, por considerá-las insuficientes, e de outras que, apesar de tomarem os processos produtivos como objeto de estudo, não chegam a tocar em questões teóricas para uma compreensão *micropolítica*¹⁶ do processo de trabalho.

¹⁵ Campos (2005.a: 54) cita Basaglia (1985) como forte inspiração para repensar a clínica no campo da Saúde Coletiva. Nesse sentido, ao propor “o deslocamento da ênfase na doença para centrá-la sobre o sujeito concreto, no caso, um Sujeito portador de alguma enfermidade” o autor remete-se a noção basagliana de “doença entre parênteses”.

¹⁶ O conceito de *micropolítica* foi criado por Guattari (1992) para definir o espaço de manifestação e produção da subjetividade, por meio da qual os indivíduos se constituem e atuam impulsionados por interesses e desejos. Merhy (1997,2005) vem adotando este conceito para definir o protagonismo *em ato* de trabalhadores da saúde e usuários nos seus espaços de trabalho e relações, guiados por diferentes intencionalidades, orientando novas práticas e ações em saúde, individuais e/ou coletivas.

Segundo Merhy (2005:49) o trabalho em saúde é atravessado pela subjetividade do trabalhador (sua história, suas habilidades, sua inteligência, inventividade e criatividade) sobre a dimensão do saber técnico e organização do trabalho e pela inter-relação que se constrói *em ato*. Sendo assim, para pensar sobre os diferentes processos de trabalho humano é preciso levar em conta a composição técnica do trabalho (CTT), ou seja, a razão existente entre *trabalho morto* (instrumental) e *trabalho vivo em ato* que demanda saberes e recursos tecnológicos e organizações diferenciadas e define o conjunto de saberes e recursos tecnológicos em: *tecnologias leves, leve-duras e duras*.

As *tecnologias duras* referem-se ao arsenal tecnológico disponível (máquinas, normas, estruturas organizacionais); as *leve-duras* se relacionam aos saberes bem estruturados operados no processo de trabalho em saúde (clínica médica, psicanalítica, epidemiológica, taylorista, etc) e as *tecnologias leves* dizem respeito aos aspectos relacionais (produção de vínculo, acolhimento, autogestão, subjetivação, etc.) que atravessam e constituem os processos de trabalho dentro de um jogo de intencionalidades e de acordo com o modelo técnico-assistencial de atenção em saúde.

Desta forma, de acordo com Merhy e Franco (2003), os debates sobre a “reestruturação produtiva” do setor saúde vêm focalizando os modelos tecnoassistenciais e direcionando esforços para promover mudanças de forma a impactar o núcleo do cuidado em saúde, ou seja, inverter a hegemonia do *trabalho vivo* sobre o *trabalho morto*, dando ênfase às *tecnologias leves* e aos aspectos micropolíticos envolvidos na organização do processo de trabalho em saúde.

Portanto, segundo Merhy (2005:62), a análise do processo de trabalho em saúde deve partir:

“(...) de uma análise detalhada das interfaces entre os sujeitos instituídos, seus métodos de ação e modo como estes sujeitos se interseccionam, e que permite realizar uma nova compreensão sobre o tema da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo norteador, o *trabalho vivo em ato*, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente *em processo* e *em relações*.”

As contribuições de Dejours (1987, 2004) Campos (2000, 2005.a, 2005. b); Mendes (1999) e Merhy (1997, 2003, 2005) são fundamentais para a compreensão da relação necessária entre trabalho e a saúde, onde deve haver a busca de equilíbrio entre trabalho e liberdade, autonomia e desejo na produção da saúde, estando aí incluídos todos os atores envolvidos no sistema de saúde – trabalhadores, usuários e a comunidade.

1.3. Trabalho em Saúde Mental

Sendo o trabalho em saúde mental o foco desta dissertação, é necessário contextualizar brevemente a prática que hoje se busca transformar e ressignificar.

As premissas balizadoras desta prática constituem-se social e historicamente desde o século XVIII, na emergência do paradigma racionalista e médico-científico que tomou como objeto central de seu domínio a doença mental e como principal estratégia de intervenção o modelo hospitalocêntrico. Dessa forma, a prática pautou-se essencialmente pelo trabalho médico-centrado e hierarquizado, complementado por equipe auxiliar e leiga (basicamente de enfermeiros) no espaço reservado e exclusivo do manicômio e visando, em última instância, o controle social de tudo aquilo que fugisse as regras sociais. (FOUCAULT, 1993)

As mudanças no que diz respeito à introdução de novos agentes de cuidado (psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, etc), as novas tecnologias (neurolépticos e antidepressivos; psicanálise, psicoterapias, atividades culturais e de lazer, terapias grupais, etc) e uma conseqüente reorganização dos processos de trabalho – multiprofissional e interdisciplinar, só se fizeram presentes de forma sistemática, a partir de meados do século XX, no contexto do pós-guerra a partir de diversos movimentos de crítica à instituição psiquiátrica.

1.3.1. *Desinstitucionalização*

A noção de *desinstitucionalização* em psiquiatria surgiu no contexto do pós-guerra. Inicialmente o termo foi utilizado para designar a política de saúde mental americana em meados dos anos 60, e de modo geral, as “psiquiatrias reformadas” (ROTELLI et al, 2001) surgidas no pós-guerra na Europa.

Segundo críticos como Rotteli et al (2001); Desviat (2002) e Birman e Costa (1998), estas experiências constituíram, em geral, mais em processos de desospitalização em massa e de modernização de serviços e técnicas, sem, no entanto, oferecer contrapartidas assistenciais comunitárias eficientes. No final dos anos de 1960 e início dos anos 70, surge o movimento da Psiquiatria Democrática italiana, liderado por Franco Basaglia, dando um novo sentido à *desinstitucionalização*.

Desinstitucionalização como desconstrução, complexidade e invenção.

É fundamental a compreensão do sentido da *desinstitucionalização* que marca a proposta italiana, não como sinônimo de desospitalização ou racionalização de recursos, mas como um referencial teórico-prático que orienta o processo de *desconstrução*¹⁷ do paradigma psiquiátrico, inaugurando uma atitude crítica permanente, tanto de técnicos quanto de usuários, sobre as funções sociais, políticas e ideológicas da instituição psiquiátrica. (ROTTELI et al, 2001:31), sendo que esta experiência tornou-se norteadora para o que em nosso país vem se produzindo concretamente em termos de Reforma Psiquiátrica.

Basaglia (1985) propõe colocar a “doença mental entre parênteses”, lançando o foco sobre o sujeito e não sobre a doença, com a conseqüente reconstrução da *complexidade* do fenômeno da loucura, entendido como “existência-sofrimento em relação ao corpo social”.

Amarante (1996:31) enfatiza que a *complexidade* “reporta ao problema ético das relações entre os homens e para com a natureza, porque coloca o problema do pensar e agir em termos de relações e não de objetos” e lembra que com isso, Basaglia não intentava negar a existência da doença ou a importância do tratamento, mas colocar o foco nas relações de poder entre técnicos e pacientes e do manicômio enquanto encobridor das contradições sociais.

Neste sentido, os técnicos são apontados como os principais atores deste processo, que impelidos a transformar a organização e as relações de trabalho no interior da instituição, são encarregados de ativar toda a rede de relações sociais e políticas que a estrutura dinamizando as competências, os poderes, os interesses, as demandas sociais. Assim, a relação terapêutica se torna uma fonte de poder, através do trabalho cotidiano dos técnicos que são convocados a produzir transformações progressivas nas organizações e nas relações entre os diferentes atores sociais (ROTTELI et al, 2001:31).

“O papel do técnico se transforma quando ele se coloca sob outros princípios; se ele faz funcionar a tecnologia da doença mental, ele fortalece o dispositivo psiquiátrico. Mas, se transforma sua forma de intervenção, trabalha no sentido de desmontagem desse dispositivo. Isso significa pôr em funcionamento o *dispositivo de desinstitucionalização* e

¹⁷ Segundo Amarante (2003:49-50), a noção de *desinstitucionalização* assume o sentido de *desconstrução*, tal como proposta por Jaques Derrida, como um processo de “desmontagem” do conhecimento e recomplexificação do objeto, como “um gesto a um só tempo estruturalista e antiestruturalista: desmonta-se uma edificação, um artefato, para aparecer as estruturas, as nervuras, o esqueleto (...)”. Nesse sentido, o autor enfatiza a importância do processo de *desconstrução* do conceito de clínica enquanto *isolamento terapêutico e tratamento moral* (idem, ibidem).

reinsere a complexidade dos problemas com os quais lida.” (TORRE e AMARANTE, 2001:80).

É nesse sentido que, para Amarante e Rotelli (1998:51), a *desinstitucionalização* “implica a invenção de novas, e sempre novas, formas de lidar com problemas complexos” que ultrapassam a dimensão técnica, passando a estar relacionada à noção de “reprodução social do paciente”, ou seja, de exercício de cidadania e participação social.

Como síntese desse processo, Rotelli et al (2001) afirmam ainda que o processo de *desinstitucionalização* pressupõe alguns passos: (1) mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional, sendo os operadores (técnicos) os principais agentes da transformação (2) que devem ter o objetivo principal de transformar as relações de poder entre a instituição e os sujeitos, com ênfase na relação com os pacientes (3) propor a construção de uma nova política de saúde mental que nasça do interior da instituição, buscando desmontá-la, a partir da mobilização e participação de todos os atores envolvidos no sistema institucional, sendo esta, em geral um processo que envolve conflitos e jogos de poder.

Nesse viés, as “novas instituições” têm como missão substituir totalmente o modelo anterior, hospitalocêntrico e manicomial e organizar uma rede assistencial resolutiva que possa fazer que usuários, familiares e o território prescindam totalmente do manicômio. Para tanto, conforme Nicácio (1994), são necessários a construção de uma cultura e processos de trabalho que requerem flexibilidade, liberdade e a disponibilidade para o diálogo a fim de que possam sustentar cotidianamente estas transformações de “portas abertas”; visando a melhoria da qualidade das relações entre os diferentes atores sociais (usuários, familiares, profissionais, comunidade e instituições).

1.3.2. Reforma Psiquiátrica como “processo social complexo”

Partindo da perspectiva colocada pela *desinstitucionalização* italiana, Amarante (1997, 2003) propõe a concepção de Reforma Psiquiátrica como um “processo social complexo” (ROTELLI et al, 2001), resgatando seu sentido sócio-histórico inacabado. Tal analogia diz respeito à existência de quatro dimensões que, de forma simultânea e interligada, envolvem diferentes atores sociais e estratégias micro e macropolíticas, com o objetivo maior de transformar o imaginário social, as representações sociais, enfim, de produção e transformação do *lugar social da loucura* (BIRMAN apud AMARANTE, 2003).

A primeira dimensão refere-se ao campo epistemológico ou teórico-conceitual, ou seja, um conjunto de princípios e questões que orientados pelo binômio *desinstitucionalização/desconstrução* produzem uma crítica ao saber / fazer instituído (médico-psiquiátrico) em direção a produção de novas práticas e relações com a loucura.

Como reflexo destas discussões teóricas, se constrói a dimensão técnico-assistencial que produz transformações no modelo de tratamento manicomial baseado em práticas de isolamento, tutela, custódia, disciplina, vigilância, reeducação pedagógica e trabalho terapêutico e alienado. A este modelo contrapõe-se o Modelo de Atenção Psicossocial, a desospitalização e produção de práticas interdisciplinares, multiprofissionais, voltadas para a integralidade das ações de forma territorializada, a inclusão social e o exercício da cidadania.

A terceira dimensão diz respeito ao campo jurídico-político e envolve a reformulação de leis, portarias, questionando e redefinindo as relações sociais e civis para a loucura, assim como o resgate ao exercício da cidadania como direito.

Por último, a dimensão sociocultural expressa o objetivo maior da Reforma, ou seja, a transformação do *lugar social da loucura* e que, como estratégia, propõe um conjunto de ações que visam mexer nas concepções e relações historicamente construídas sobre a loucura no imaginário social, sustentadas por uma ideologia psiquiátrica profundamente arraigada e incorporada pelo senso-comum.

1.3.3. *Reabilitação e Atenção Psicossocial*

Um conceito muito utilizado para definir as novas práticas no campo da Saúde Mental é o de *Reabilitação*, no entanto, deve ser levada em conta a diversidade de sentidos que cabem nesse termo. Uma definição clássica utilizada pela Internacional Association of Psychosocial Rehabilitation Services (IAPRS) desde 1995 a define como:

“(...) processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia, do exercício de suas funções na comunidade (...) o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados às demandas singulares de cada indivíduo e de cada situação, de modo personalizado (apud PITTA, 2001:19-20)

É forte a associação desta definição com as idéias de “deficiência”, “incapacidade”, “desvantagem”, a partir de onde se busca “adaptar”, “normalizar”, “recuperar” ou “abolir” diferenças. Estas associações evidenciam a forte influência do paradigma hegemônico médico-científico (psiquiátrico e psicológico) de normalização social que vem sustentando historicamente esta prática, atribuindo-lhe um sentido de “tratamento” e/ou “cura” médica e/ou psicológica.

Distanciando-se dessa concepção normativa baseada no paradigma tradicional médico-científico, surgem tentativas de transformar e atribuir outros sentidos ao termo. Assim, Saraceno (2001:13-18) propõe que a *Reabilitação Psicossocial* não é um conjunto de técnicas, dispositivos e modelos formalizados, mas “uma necessidade ética”, estando relacionada ao aumento da “autonomia” e do “poder contratual” do paciente, ou seja, do aumento de sua capacidade de realizar escolhas, trocas afetivas, materiais e simbólicas em diferentes cenários – casa, trabalho e rede social.

Para Costa-Rosa (2006:151), as experiências no âmbito da reabilitação que surgiram em nosso país foram adquirindo conformações locais e conjunturais e afirmando a emergência de um novo paradigma e modelo de cuidado em saúde mental e coletiva, denominado por Costa-Rosa et al (2003) como *Atenção Psicossocial*. Neste, as noções de *atenção* e *psicossocial* articulam-se como conceitos-chave para o entendimento do que se coloca como perspectiva de *cuidado*, estando aí conformadas práticas de *apoio*¹⁸ e *reabilitação*.

Segundo Costa Rosa et al (2003), o primeiro termo – *atenção* - surge como alternativa ao termo *clínica*, mais relacionado à dimensão biomédica do cuidado, pois incorpora o sujeito e sua subjetividade. O segundo termo - *psicossocial* é resultante de uma preocupação antiga em considerar a complexidade deste mesmo sujeito, atravessado por dimensões psíquicas e sociais. Assim, a *atenção psicossocial* é concebida de forma mais abrangente e complexa, na medida em que incorpora a subjetividade e a criatividade, além de um novo enfoque dado ao social, menos restrito às questões familiares e de trabalho, passando a considerar os espaços de lazer e artísticos.

É importante ressaltar ainda que a importância da noção de *cuidado* dentro desse novo modelo de assistência, que orienta a organização do processo de *acolhimento* e construção de *vínculo* entre a clientela e o serviço; guardando semelhanças com a noção de *tomada de*

¹⁸ Segundo Costa Rosa et al (2003:26) a noção de *apoio* surge da experiência de psiquiatria democrática italiana, em contraposição ao conceito de *clínica*, relacionada às práticas substitutivas de cuidado visando reprodução social dos usuários.

responsabilidade, elaborado a partir da experiência triestina definida como “disposição em apreender as diversas formas e momentos da existência que sofre, que não sejam somente a crise e a emergência” (DELL`AQUA e MEZZINA apud ALVES e GULJOR, 2004:237).

O quadro abaixo sintetiza este processo de mudança de um modelo a outro, apresentando suas principais diferenças¹⁹:

	Modelo Manicomial	Modelo de Atenção Psicossocial
Objeto	Simples: <i>doença mental</i>	Complexo: <i>existência sofrimento em relação ao corpo social</i>
Pressuposto teórico-conceitual	Campo das neurociências	Campo transdisciplinar
Estratégia de intervenção	Isolamento e biológicas	Diversidade e invenção - práticas interdisciplinares e multiprofissionais, ofertas complexas de atenção médico-social
Agente do cuidado	Médico	Coletivos/equipe
Lugar do cuidado	Manicômio (hospital psiquiátrico)	Serviços substitutivos e território
Prática social	Exclusão e violência	Inclusão social e solidariedade

Modo Psicossocial de cuidado

Como forma de balizar a conformação de um modo de produção da saúde mental no contexto da Reforma Psiquiátrica adotou-se a perspectiva de Costa-Rosa et al (2003:40) que o define como *modo psicossocial*, fazendo contraponto ao *modo asilar* e que se caracteriza por:

1. *concepção de objeto (processo saúde-doença-cura) e meios de trabalho - desospitalização; desmedicalização; implicação subjetiva e sociocultural; “existência-sofrimento em relação ao corpo social”; Clínica Ampliada e transdisciplinaridade (incluídas psicoterapias, laborterapias, socioterapias e um conjunto amplo de dispositivos de reinserção sociocultural com destaque para as cooperativas de trabalho, além da medicação)*

¹⁹ Quadro síntese extraído de material didático elaborado pela equipe do Curso à Distância em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental (LAPS) / Depto. de Administração e Planejamento (DAPS) / ENSP / FIOCRUZ.

2. *formas de organização institucional* (estratégias organizativas e afetivas) voltadas para horizontalização; participação; auto-gestão; interprofissionalidade integradora.
3. *formas de relação entre instituição, trabalhadores e usuários* - interlocução, liberdade, atenção integral e territorializada, paradigma psicossocial.
4. *concepção de efeitos esperados em termos terapêuticos e éticos* - ética da singularização e não da supressão sintomática: envolvendo desde estratégias de *empowerment*²⁰ (contratualidade social), relacionadas a garantia de direitos de cidadania, até aquelas voltadas para o aumento da *autonomia*, ou seja, da capacidade do indivíduo de posicionar-se ativamente, de acordo com seus desejos e necessidades.

Sentido(s) acerca da *clínica* na Reforma Psiquiátrica

A Atenção Psicossocial, no entanto, não oculta diferenças de perspectivas referentes à noção de *clínica* e que, em última instância, refletem concepções diversas sobre a natureza e finalidades das novas práticas de cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica.

Para alguns autores brasileiros, como Pitta (1999, 2001), Bezerra (2001) e Goldberg (1996) a Reabilitação Psicossocial vem se estruturando de forma indissociada da *clínica* no país, a partir da emergência de diferentes experiências que têm se ancorado neste termo e se caracterizam “por unir simultaneamente uma *boa* clínica às ações psicossociais e extraclínicas”. (PITTA, 2001:8).

Outros autores como Saraceno (2001) e Amarante (2003) se posicionam de forma mais radical ao uso da noção de *clínica*, partindo do pressuposto que está sempre referida à clínica médico-psiquiátrica e suas especialidades. Nesse sentido, os autores se aproximam da proposta de uma crítica radical ao modelo psiquiátrico tradicional, propondo, como afirmava Basaglia (apud COSTA-ROSA, 2003:27), a “negação da psiquiatria como ideologia”.

Profundamente inspirado em Basaglia, Amarante (2003:59) propõe que a prática *clínica* da Reforma Psiquiátrica deve permanecer entre parênteses, ou seja, deve ser desconstruída permanentemente, de forma a criar novas possibilidades para que “a relação técnico – instituição - sujeito não seja a produção daquela velha *clínica* da medicina naturalista”.

Nesse sentido, para o autor, a prática *clínica* deve ser transformada radicalmente, devendo se constituir como um processo permanente e cotidiano “de produção de novas práticas sociais

²⁰ Vasconcellos (2006) traz o conceito de *empowerment* para a o campo da Saúde Mental discutindo sua importância para a construção de práticas cotidianas entendendo-o como processo de valorização do poder contratual dos pacientes nas instituições e capacidade de ampliar suas relações interpessoais na sociedade.

pra lidar com a loucura, o sofrimento psíquico, a experiência diversa; para a construção de novos conceitos, de novas formas de vida, de invenção de vida e saúde” em novos dispositivos sejam eles assistenciais (centros e/ou núcleos de atenção psicossocial, etc) ou não-assistenciais (cooperativas, centros de convivência e cultura, associações, etc). (AMARANTE, 2003:61). Nessa perspectiva, o conceito de *clínica* “torna-se uma relação estratégica nos espaços sociais, e não o ato médico ou psicoterapêutico do espaço do consultório”, podendo ser exercida em diferentes pontos heterogêneos do campo social. (TORRE e AMARANTE, 2001:78-79)

Para finalizar, destacamos a definição do trabalho em saúde mental dada por Merhy (2003) em que este faz uso da metáfora “olho do furacão” relacionando-a com o lugar que os trabalhadores de saúde mental ocupam no campo da Saúde Coletiva, por entender que esta sintetiza o grau de complexidade envolvido na construção - e, conseqüentemente, na análise - desta prática:

“(...) a noção de que o trabalho no campo da Saúde Mental – que se dirige para desinterditar a produção de desejo e, ao mesmo tempo, gerar redes inclusivas, na produção de novos sentidos para o viver no âmbito social – é de alta *complexidade, múltiplo, interdisciplinar, intersetorial e interprofissional* que, em última instância, só vinga se estiver colado a uma “revolução cultural” do imaginário social, dos vários sujeitos e atores sociais, ou seja, se constituir-se também como gerador de novas possibilidades anti-hegemônicas de compreender a multiplicidade e o sofrimento humano, dentro de um campo social de inclusividade e cidadanização (...)” [e propõe]: “Partamos do princípio de que já sabemos fazer um monte de coisas e que, também, não sabemos outras tantas, ou mesmo, fazemos coisas que não dão certo; e com isso, vamos apostar que é interessante e produtivo construir escutas do nosso fazer cotidiano para captar esses ruídos, neste lugar onde se aposta no novo, mas se está diante da permanente tensão entre o novo e o velho fazer psiquiátrico e/ou seus equivalentes.” (MERHY, 2003:4-5)

1.4. Produção de Sentidos: o Construcionismo Social como perspectiva de análise

A opção em tomar o conceito de *produção de sentidos* como pressuposto parte da opção teórico-metodológica de investigação *no cotidiano*²¹ de uma experiência, orientada por uma

²¹ Segundo Spink (2007:07), a proposta de investigar *no cotidiano* implica ser partícipe das ações que se desenrolam em espaços de convivência. Tal postura parte de um posicionamento construcionista de não separação entre sujeito e objeto de pesquisa.

perspectiva Construcionista, a qual busca compreender o mundo a partir dos termos em que este é construído.

Para tanto, toma-se como foco de investigação a análise dos *processos* pelos quais as pessoas descrevem e explicam o mundo em que vivem, entendendo tanto os objetos, como os sujeitos, como construções sócio-históricas interdependentes:

“(...) o sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas-constroem termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta.” (SPINK e MEDRADO, 2004:41)

Desta forma, não se trata mais de um reconhecimento da natureza do conhecimento, mas de suas implicações práticas; não havendo mais diferenças entre a linguagem e a ação dos indivíduos, “seja pela mediação cognitiva ou pela mediação do contexto social, pois a linguagem é tomada como sendo concomitantemente ato.” (SPINK, 1993:303)

“(...) a *produção de sentidos* não é uma atividade cognitiva intra-individual, nem pura e simples reprodução de modelos predeterminados. Ela é uma prática social, dialógica, que implica a linguagem em uso. A produção de sentidos é tomada, portanto como fenômeno sociolinguístico – uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido – e busca entender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano (narrativas, argumentações e conversas, por exemplo) como os repertórios utilizados nessas produções discursivas” (SPINK e MEDRADO, 2004:42).

Ao tomarmos a palavra como principal via de apreensão dos diferentes pontos de vista e formas de significar a realidade em análise; Bakthin (apud MINAYO, 1999:110) torna-se uma importante referência, pois compreende a palavra como “arena onde se confrontam os valores sociais contraditórios.”

As noções de *contexto* e *posicionamento* também são fundamentais, pois possibilitam compreender a fala como parte integrante do processo de diálogo que extrapola o momento imediato da enunciação e que, por sua natureza ideológica e social, torna-se “palco” ou campo de expressão de relações sociais que ganham sentidos a partir de diferentes contextos enunciativos, assim como o lugar que o indivíduo ou grupo social ocupa em determinado(s) contexto(s) de ação, não estando relacionadas à identidade pessoal.

“(...) a relação indivíduo-sociedade, que foge tanto do determinismo social – onde o homem é produto da sociedade – quanto ao voluntarismo puro que vê o sujeito como livre agente. Busca um posicionamento mais integrador que, embora situando o homem no processo histórico, abre lugar para as forças criativas da subjetividade (...) permeadas também pelo afeto” (SPINK, 1993:304).

Desta forma, de acordo com Spink e Medrado (2004:45) é “pela ruptura com o habitual que se torna possível dar visibilidade ao sentido, sendo esta uma das estratégias centrais da pesquisa social”. Em outras palavras, é sobre a diversidade, sobre os momentos de ressignificações, de *produção de sentidos*, que o foco de análise incide e que “corresponde aos usos ativos de uso da linguagem, nos quais convivem tanto a ordem como a diversidade”.

Por fim, Spink e Medrado (2004:52) entendem ainda que, esse processo permanente de construção e reconstrução de si, vai conformando o *habitus*; que tomado como “mediação universalizante”, confere “às práticas, sem razões explícitas ou intenção significativa de um *agente singular*”, permitindo trabalhar com a questão da representatividade na pesquisa qualitativa. (MINAYO, 1999: 110-112).

Assim, a escolha teórica se traduz metodologicamente na análise dos sentidos produzidos por técnicos e usuários sobre a experiência do Grupo Harmonia Enlouquece, à luz dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica Brasileira, a fim de evidenciar indícios de rupturas e permanências no processo de transformação/invenção de novas práticas de cuidado e relações com a loucura no campo da saúde mental e coletiva.

1.4.1. Procedimentos Metodológicos

Neste estudo optamos em adotar a metodologia qualitativa na medida em que o objeto analisado se situa no campo da saúde, precisando ser perpassado por um olhar multidisciplinar para dar conta de sua complexidade. Nesse sentido, concordamos com Minayo (1999:13) quando a autora afirma que o reconhecimento desse campo “requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente”.

Segundo Minayo (1999:218), a pesquisa qualitativa busca “incorporar a questão do *significado* e da *intencionalidade* como inerentes aos atos, às relações, às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”. Para tanto, este tipo de abordagem trabalha “com atores sociais em

relação”, considerando a realidade e a experiência de ambos os sujeitos envolvidos no processo, tendo em vista o contexto e as transformações do fenômeno social investigado. (MINAYO, 1999:252).

Fase exploratória e pesquisa documental

Esta etapa teve início em maio de 2006 quando foram estabelecidos os primeiros contatos com o serviço e então o projeto da pesquisa foi apresentado à direção do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ²². Consistiu basicamente em uma primeira aproximação do contexto institucional e da experiência do grupo Harmonia Enlouquece e de coleta de dados sobre o serviço. Vale destacar que desde o início surgiram algumas dificuldades na obtenção de dados sistematizados a respeito do serviço além da escassez e inconsistência de informações, o que acabou dificultando o processo de análise.

Após a autorização da direção e dos sujeitos (técnicos e usuários) para a realização da pesquisa e a aprovação pelo Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ (sob o parecer nº 076/06), deu-se continuidade à fase exploratória da pesquisa – a seleção dos sujeitos.

Seleção dos sujeitos para as entrevistas

Foram selecionados os sujeitos da pesquisa, que compuseram um total de 8 participantes (3 técnicos e 5 usuários) integrantes do grupo Harmonia Enlouquece de acordo com os seguintes critérios de inclusão/exclusão:

Para os *técnicos*: (1) trabalhadores do serviço por tempo superior a um ano; (2) participação no grupo Harmonia Enlouquece por tempo superior a um ano; (3) frequência semanal aos ensaios do grupo e (4) participação frequente nas apresentações. Para os *usuários*: (1) serem usuários do serviço; (2) participação no grupo Harmonia Enlouquece por tempo superior a um ano; (3) frequência semanal aos ensaios do grupo e (4) participação frequente nas apresentações.

Selecionados os sujeitos deu-se a explicitação prévia das condições da pesquisa e iniciou-se então a segunda etapa, que envolveu a *observação participante* e realização de *entrevistas semi-estruturadas*.

O momento de apresentação e explicação do processo de pesquisa para os usuários (especialmente no que diz respeito à minha inserção nas atividades do grupo) foi bastante significativo; quando a pesquisadora foi surpreendida por um “encaminhamento” feito pelos usuários e (preenchido em um formulário do serviço) para as atividades do grupo. Tal fato se mostrou bastante significativo, pois acabou revelando expectativas dos usuários quanto aos papéis e “regras do jogo” e que, de certa forma, apontavam para possibilidade de construção de uma “convivência” terapêutica entre pesquisadora-pesquisados²³.

Outros exemplos de fatos decorrentes da pesquisa de campo que tiveram que ser contornados: emergência de vínculos (aspecto “natural” em contextos assistenciais e a formação de psicóloga da pesquisadora) e variações de *papéis* (GOFFMAN, 1996)²⁴ desenvolvidos pelos sujeitos (pesquisadora, usuários, técnicos) de acordo com as mudanças de cenários (cotidiano assistencial x cotidiano extra-assistencial).²⁵

Desta forma, as advertências de Minayo (1999) e Haguette (1996), quanto aos aspectos presentes na fase do trabalho de campo, foram fundamentais para o bom andamento e aproveitamento do processo, onde se buscou apreender e transformar as dificuldades que surgiram em dados para a investigação.

Observação Participante

A observação participante foi realizada duas vezes por semana entre os meses de agosto a novembro de 2006. Ao longo deste tempo foi possível acompanhar o cotidiano do grupo dentro do serviço em ensaios e reuniões (que ocorreram regularmente 02 vezes por semana), participação nos encontros do Projeto “Convivendo com a Música” (01 vez por semana), almoços coletivos com o grupo e outros trabalhadores na cantina do serviço. Foram acompanhadas algumas atividades também fora do serviço, tais como: um ensaio para um dos

²³ Ver em anexo o “encaminhamento” feito pelo grupo à pesquisadora.

²⁴ Em “Representação do eu na vida cotidiana”, Goffman (1996) desenvolve uma abordagem dramaturgica de análise para subsidiar a “teoria do papel”, como tentativa de interpretação da ação social dos indivíduos na sociedade como forma de apreender como os indivíduos desempenham seus papéis de forma adaptativa no seu cotidiano e que permite compreender como o contexto e a interação social vão influenciar a construção de determinados papéis sociais. (HAGUETTE, 1996:53)

²⁵ Alguns fatos demonstram essas variações de contexto da pesquisa que não passaram despercebidas como: convites dos usuários para minha participação permanente no grupo ou para que me apresentasse com eles em eventos e shows dada a minha experiência de canto em corais; telefonemas de um usuário para a casa da pesquisadora com demandas variadas (desde psicológicas ou simplesmente como pessoa amiga) e que demonstram as imprevisibilidades e dificuldades para a definição clara do papel de pesquisadora em determinadas situações emergentes em pesquisas qualitativas.

shows do Grupo realizado em um estúdio de gravação e duas apresentações em uma importante casa de espetáculo na cidade do Rio de Janeiro (Canecão); no 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e 11º Congresso Mundial de Saúde Pública, realizado no RioCentro, em agosto de 2006²⁶, além de encontros casuais pela cidade²⁷. As impressões acerca do cotidiano da prática e das relações entre os sujeitos foram registradas em *diário de campo* e sistematizadas para fins de análise.

Entrevistas

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas seguindo um roteiro de questões norteadoras a fim de produzir narrativas acerca do cotidiano dos sujeitos participantes do grupo Harmonia Enlouquece, onde inicialmente se procurou apreender os seguintes temas:

Para os técnicos: (1) processo de trabalho (2) concepções sobre a prática (importância para si / para a instituição / para a Reforma Psiquiátrica) (3) relações entre usuários, técnicos e instituição. Para os usuários: (1) processo saúde/doença e tratamento (2) concepções sobre a prática (importância para si / para a instituição / para a Reforma Psiquiátrica); (3) relações usuários, técnicos e instituição. A partir destes temas construímos um roteiro de entrevista (em anexo), sendo realizada uma entrevista “piloto” a fim de adequar o roteiro aos objetivos da pesquisa.

As entrevistas foram autorizadas previamente pelos sujeitos através do uso do consentimento informado e a duração variou entre 45 minutos e 1 hora, tendo sido gravadas em arquivo de mídia sonora (MP3) e posteriormente transcritas pela própria pesquisadora. A fim de garantir o sigilo dos participantes e do serviço, usamos Técnico 1, 2 e 3 e Usuário 1, 2, 3, 4 e 5, na apresentação do trabalho.

²⁶ O Grupo se apresentou no dia 23 de agosto de 2006 na Tenda Paulo Freire, local de encontros organizado pela Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular em Saúde (AMPEPS) e pelo GT de Educação Popular em Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), sendo que no mesmo dia foi realizado um encontro em defesa da Reforma Psiquiátrica Brasileira que naquele momento estava sofrendo sérios ataques de representantes de setores mais conservadores da psiquiatria brasileira, tendo reunido cerca de 500 pessoas entre militantes, profissionais de saúde e usuários, entre outros.

²⁷ Por acaso, encontrei por duas vezes ao longo da pesquisa, dois usuários e uma técnica, em shows de música no centro da cidade, nos quais um dos músicos era meu conhecido e técnico no serviço. Em um dos shows, um dos usuários foi convidado para dar “uma canja”, sendo bastante aplaudido. É importante assinalar que em nenhum momento foi dito que se tratava de um usuário de serviço de saúde mental, que poderia contribuir para que houvesse uma reação diferenciada do público. Este momento foi entendido como evidências de mudanças das relações entre trabalhadores e usuários e de relação com a sociedade, no caso, com o público presente no show.

As entrevistas com os usuários foram realizadas em uma das salas de atendimento do serviço. Este ambiente possibilitou a realização das mesmas, porém acabou favorecendo uma tentativa de deslocamento de um dos usuários de um papel de entrevistado para o de paciente. Devido ao viés apresentado, esta entrevista foi desconsiderada na análise. Como dito anteriormente, as advertências de Minayo (1999) quanto à emergência de vínculos entre pesquisador-pesquisados foram fundamentais para contornar essa situação. As entrevistas com os técnicos foram prejudicadas em função de terem sido realizadas dentro do serviço, pois apesar de terem sido agendadas previamente, sofreram interferências (telefonemas, solicitações) que foram atribuídas ao acúmulo de atribuições dos entrevistados, assim como a imprevisibilidade bastante comum em contextos assistenciais, aliado a um “clima de informalidade”, percebido enquanto característica peculiar deste serviço.

Análise de dados

Como corpus empírico de análise, a pesquisa tomou como dados primários e secundários: documentos institucionais e específicos referentes ao grupo Harmonia Enlouquece²⁸, registros em diário de campo, além dos depoimentos colhidos nas entrevistas.

A primeira etapa de análise consistiu em um processo de sistematização do material coletado no campo, envolvendo a transcrição das entrevistas, releitura do material, uma primeira organização dos relatos e dos dados da observação participante, onde se adotou o método da “leitura flutuante”, tal como proposto por Minayo (1999), para uma primeira apreensão da realidade e organização dos dados levantados no campo.

Na segunda etapa, utilizamos a técnica de *análise temática* objetivando descobrir “núcleos de sentido”, ou seja, os temas que se mostraram mais relevantes nos enunciados visando à compreensão simbólica da prática em questão²⁹. Assim, o processo de análise dos dados construídos na pesquisa envolveu um trabalho em etapas sucessivas de sistematização e classificação do material empírico até a análise final, buscando as relações dialéticas entre as *categorias analíticas* baseadas nos referenciais teóricos e as *categorias empíricas* construídas no campo, de forma a apreender as determinações e especificidades expressas acerca da realidade estudada, visando atender os objetivos da pesquisa.

²⁸ Listados como *Documentos* ao final do trabalho. Cf. *Fontes*.

²⁹ Op.cit.

Como decorrência de um olhar referenciado no paradigma construcionista, os resultados apresentados nesta pesquisa fazem parte da proposta de dar visibilidade aos sentidos circulantes sobre as novas práticas de cuidado em saúde mental e, portanto, representa um “produto” provisório e aproximado da realidade, sempre aberto a novas ressignificações.

CAPÍTULO II

PRÁTICAS EM PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

Entender a *desinstitucionalização* dos saberes e práticas como “processo social complexo” (ROTELLI et al, 2001) pressupõe apreendê-lo em um sentido sócio-histórico inacabado, derivado de rupturas e desvios que procuram afirmar diferentes representações da realidade. Neste capítulo procuramos descrever este processo a partir de diferentes experiências de crítica ao paradigma psiquiátrico, estando aí incluída a experiência brasileira. Nesse sentido, não pretendemos apresentar um relato histórico linear da transformação das práticas em Psiquiatria e Saúde Mental, mas tentar identificar condições de produção e reprodução dos sentidos atribuídos à loucura e seu tratamento. Para fins didáticos definimos estas práticas em: (1) *Práticas Morais* (2) *Práticas “Reformadas”* (3) *Práticas Inventadas* buscando caracterizar o processo de construção/desconstrução do paradigma psiquiátrico tradicional.

2.1. Práticas Morais

Até século XVI, que marca o período da Idade Média, o louco fazia parte da cena social, sendo exaltado através das artes (pintura e literatura) como aquele que detinha a verdade, simbolizando as inquietudes da cultura ocidental européia, sendo também, alvo de temor e zombarias.

A partir do século XVII, inaugura-se o período Clássico, também chamado de “Século das Luzes”, quando então começa a ser traçada uma linha divisória entre a razão e a desrazão, dando início ao processo de exclusão social da loucura. Neste período a Europa vive na era da monarquia e do absolutismo, estando o poder concentrado na figura do rei. Esse período, denominado por Foucault (1993) de “Grande Internação”, se caracteriza pela emergência de estabelecimentos de internação conhecidos como Santas Casas por toda a Europa, para abrigar doentes, mendigos, miseráveis, prostitutas e moribundos, sob administração leiga e religiosa em busca da salvação de suas próprias almas.

Nessa época, surgem também os primeiros Hospitais Gerais que como as Santas Casa, tinham apenas o propósito de manter a paz e a ordem social das cidades através do internamento destes indivíduos indesejáveis à espera da morte.

É importante assinalar que estes espaços não se configuravam como estabelecimentos médicos, mas estruturas semi-jurídicas e administrativas, que se caracterizavam como terceira ordem de repressão entre a polícia e a justiça, estabelecida pelo regime monárquico.

A função desses estabelecimentos só começou a mudar diante da necessidade de atender os soldados, pois a partir do advento das armas de fogo estes se tornaram mão-de-obra qualificada e representavam grandes prejuízos quando morriam. É nessa época que o médico passa a deter o poder e a responsabilidade pela administração dos hospitais e pelo tratamento e recuperação destes, a fim de que voltassem para os campos de batalha. (FOUCAULT, 1990)

“Até meados do século XVII, os hospitais, principalmente os militares, por onde se iniciará a reestruturação hospitalar eram um local de desordem econômica e médica. Espaço de contrabando e propagação de doenças. Assim o custo financeiro e o desejo de evitar epidemias explicam o esquadramento disciplinar a que foram submetidos os hospitais. Esta disciplina torna-se médica, o poder disciplinar é entregue aos médicos sem função das transformações do saber e da prática médicas que estavam ocorrendo. (FOUCAULT, 1990:107)

Foucault (1990) procurou demonstrar que, com o advento do capitalismo e do Estado moderno a partir do século XVIII, o indivíduo e seu corpo passam a ser concebidos como força de produção que precisa ser controlada, disciplinada e socializada para atender as demandas de uma ordem burguesa no contexto de estruturação do sistema capitalista. O Hospital não escapa do poder disciplinar. Ao contrário, ele se constitui como principal lócus de seu exercício, ao mesmo tempo em que o saber médico se desenvolve e ganha legitimidade enquanto campo científico.

Assim, com o advento do capitalismo e busca de afirmação do paradigma científico racionalista, surge uma nova prática social - a Medicina Mental. Esta toma a loucura como objeto central de seu saber e, em torno do qual constrói seu domínio entre os campos médico-científico e jurídico-político, constituindo uma “resposta” a problemática social evidenciada a partir do capitalismo e a urgente necessidade de reestruturação da dinâmica social. Nesse contexto, são construídos manicômios a fim de substituir os Hospitais Gerais que, associados ao regime monárquico e autoritário anterior, vinham sendo questionados por não dar conta do problema do desemprego e da mendicância.

No entanto, é com Philippe Pinel que a Psiquiatria iniciará sua vocação verdadeiramente científica, baseada na tradição empírica de observação clínica que constitui a base da nosografia

psiquiátrica (diagnóstica), sendo a loucura apropriada definitivamente pelo discurso médico, passando a ser concebida como “distúrbio das paixões no interior da própria razão”.

Dessa forma, a cura da loucura passa a ser encarada como um problema de ordem moral, devendo ser restabelecida através do “Tratamento Moral”, fundamentado em três premissas básicas: *isolar para conhecer*; a *organização do espaço asilar e manutenção da disciplina e a submissão à autoridade*. (CASTEL, 1991). Amarante (1995:51) enfatiza a importância que o asilo adquire na construção do saber psiquiátrico: “Mais que o lugar do tratamento, o asilo é, por si próprio, o tratamento”.

No entanto, por toda a sociedade ocidental, o projeto expansionista da Psiquiatria não alcança a efetividade esperada. Desta forma, em meados do século XX, começam a surgir diferentes movimentos de crítica quanto ao seu papel e ação social.

No Brasil, a Psiquiatria se constitui na passagem do século XIX ao XX frente a crescente urbanização e deterioração das condições de vida da população nos grandes centros urbanos. Nesta época, inicia-se um intenso processo de medicalização da sociedade por meio da criação de diferentes especialidades e práticas autoritárias e coercitivas, entre elas a emergente Medicina Mental. Tais práticas concentravam-se principalmente nos centros urbanos, onde haviam “os inimigos do *corpo social*, segundo estes médicos, eram os *excessos* e os *desvios*; era preciso, portanto disciplinar a sociedade, inculcar valores destruindo, desse modo os *vícios* e as *perversões* que tanto ameaçavam os centros urbanos.”³⁰ (HERSCHMANN, 1996:17), sendo que as áreas rurais permaneceram sob a influência e domínio da Igreja.

Como salienta Resende (2001:45), na tarefa de “sanear” as cidades coube aos alienistas um papel coadjuvante junto à Saúde Pública, de “recolher as sobras humanas do processo de saneamento, encerrá-las no asilo e tentar, se possível, recuperá-las de algum modo.” No entanto, com a Proclamação da República, na virada do século, a psiquiatria é convocada a modernizar-se. Nesse novo contexto, o modelo das colônias agrícolas surge como a base da primeira reforma psiquiátrica no país, de forma condizente com o modelo econômico predominantemente agrário ainda vigente, constituindo a principal estratégia de tratamento.

“(...) como a prática psiquiátrica não existe num vazio social, era de se esperar que ela assimilasse aos seus critérios de diferenciação do normal e do patológico os mesmos valores da sociedade onde se inseria, e se

³⁰ Grifos do autor.

empenhasse em devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, aptos para o trabalho. O trabalho passou a ser ao mesmo tempo meio e fim do tratamento.” (RESENDE, 2001:47).

Fundamentado no ideal de estímulo à ocupação e tratamento dos doentes mentais foram implantadas em larga escala por todo o território nacional. A ideologia de uma sociedade marcada por uma índole preguiçosa e, ao mesmo tempo de forte vocação agrária, levou a Psiquiatria a se sustentar, sem muitas dificuldades, neste modelo das colônias, seja como serviço complementar ao hospital tradicional, seja como única opção de assistência. As colônias porém, logo entram em declínio com a crescente industrialização do país, passando a representar apenas uma estratégia de exclusão social; sendo assim

“Malogradas as intenções de recuperação do doente contidas nas propostas de seus criadores (...), restava ao hospital agrícola ater-se à única função que já caracterizava a assistência ao alienado, no país, desde a sua criação; a de excluir o doente de seu convívio social e, a propósito de lhe proporcionar espaço e liberdade, escondê-los dos olhos da sociedade”.³¹

Experiências pioneiras no Brasil que buscaram diferenciar-se do Tratamento Moral

Neste período surgem experiências isoladas no campo da assistência psiquiátrica brasileira que buscaram diferenciar-se do modelo tradicional e entre elas duas merecem destaque.

A primeira é identificada na experiência desenvolvida por Osório César; psiquiatra, músico e crítico de arte, considerado pioneiro no uso de atividades expressivas e artísticas no interior do Hospital do Juquery, em São Paulo na década de 20. Começa a recolher, catalogar e analisar os trabalhos expressivos dos internos, percebendo-os a partir de suas qualidades artísticas. Influenciado pelo movimento modernista em São Paulo, começa a tecer comparações dos trabalhos dos internos com a estética futurista dos artistas da época, desenvolvendo pesquisas que se situavam na fronteira entre a psiquiatria, a psicanálise e a arte. Em 1929, publica *A expressão artística dos alienados* e cria a Escola de Artes Plásticas do Juquery, que teve como bases teorias psicológicas e psicanalíticas, além de preocupações estéticas, sob influência do *movimento de arte bruta* de Jean Dubuffet.

³¹ Op.cit, p.52

Osório César cria uma proposta ousada na qual os pacientes faziam exposições de seus trabalhos em museus dedicados à arte moderna, sendo a primeira realizada no MASP. Lima (2004:65) percebe um aspecto interessante em Osório César, pois embora seu interesse tivesse partido do campo da pesquisa em psiquiatria, em determinado momento ele mudou sua proposta quando percebe uma enorme capacidade criativa dos pacientes.

É importante salientar, conforme aponta Lima (2004:65), que Osório César via as atividades expressivas e artísticas em hospitais psiquiátricos para além das finalidades terapêuticas, pois considerava fundamental a via da reabilitação extra-hospitalar, ou seja, a arte como uma possibilidade de trabalho e profissão para os egressos de internações, de acordo com as capacidades individuais, através de sua capacitação técnica e profissional. Segundo a autora, esta experiência foi pioneira na mudança de uma certa concepção da relação entre a arte e a psiquiatria até hoje vigente, em que a primeira tende a ser tomada como simples instrumento terapêutico, “ocupacionismo” ou “expressão do psiquismo”, pois introduz a possibilidade de pensar esta relação como mediação para a entrada na vida real, ou seja, fazendo dela uma proposta profissional.

Outra referência histórica na crítica à estrutura asilar e que desenvolve importante trabalho no âmbito da Reabilitação é Nise da Silveira, médica e psiquiatra alagoana. Nise desenvolveu um trabalho considerado à época como “marginal” ao tratamento psiquiátrico tradicional. Rompendo as barreiras das concepções biológicas reducionistas e de violentos procedimentos empregados em psiquiatria, Nise redirecionou seu trabalho para o campo da Terapia Ocupacional, definitivamente “alçada” a método de investigação e tratamento da esquizofrenia no Brasil. (GUERRA, 2004)

Em 1946, fundou a Seção de Terapêutica Ocupacional (STOR) no Centro Psiquiátrico Nacional³², no Engenho de Dentro, tendo como proposta desenvolver um “método não agressivo”, através do uso da livre expressão como atividade psicoterápica. Além de “oficinas de trabalho artesanal” (costura, encadernação, jardinagem, entre outros), Nise criou “ateliês” de atividades expressivas, como pintura e modelagem. Através destas atividades, ela buscava, sobretudo, uma maior compreensão da linguagem simbólica, tão presente na produção dos pacientes enquanto importante recurso terapêutico.

Passado um ano da criação do STOR, em 1947, Nise organizou uma exposição das obras de alguns pacientes no próprio hospital. O crítico de arte Mario Pedrosa se encantou com as obras,

³² Criado em 1911, a Colônia de Alienadas do Engenho de Dentro, abrigava principalmente indigentes que não poderiam ser internados no Hospício Nacional de Alienados, na Praia Vermelha. Em 1944, com a transferência deste último para o Engenho de Dentro e ampliação e reforma da sede da antiga Colônia, esta passou a se chamar Centro Psiquiátrico Pedro II. Em 2001, recebeu o nome atual - Instituto Municipal Nise da Silveira.

reconhecendo o valor artístico das mesmas, e em 1949 produziu uma exposição no Museu de Arte Moderna de São Paulo intitulada “*9 Artistas do Engenho de Dentro*”.

Em 1952 inaugurou o Museu de Imagens do Inconsciente, como centro de estudo e pesquisa. Partindo da sistematização e análise dos trabalhos produzidos pelos internos desenvolveu pesquisas no campo do imaginário, sob forte influência teórica da psicologia analítica de C.G. Jung e da filosofia de G. Bachelard.

Nessa época, preocupada com o destino dos pacientes após a alta, ela funda em 1956 a Casa das Palmeiras, primeira instituição de reabilitação em regime de externato para pacientes egressos de internações psiquiátricas. Entre 1958 e 68 foram organizadas várias exposições que tinham como foco a evolução dos casos através da expressão artística. Em 1968 criou ainda um grupo de estudos interdisciplinar ligado ao Museu de Imagens do Inconsciente, o qual era freqüentado não apenas por pessoas do meio médico, mas por intelectuais, antropólogos, artistas, historiadores, entre outros.

O trabalho desenvolvido possibilitou, anos depois, que muitos pacientes psicóticos fossem reconhecidos como artistas, como Fernando Diniz, Adelina Gomes, Raphael Domingues, entre muitos outros. No entanto, ao biografar Nise da Silveira, Ferreira Gullar afirma que ela jamais admitiu intenções comerciais para as obras, sendo que

“A razão desta negativa estava na importância e finalidade que atribuía àquelas obras, documentos, testemunhos e expressões simbólicas preciosas, que possibilitariam o conhecimento mais profundo do universo interior do esquizofrênico. Por isso era necessário preservar o acervo, mantê-lo reunido e acessível aos estudiosos da vida psíquica profunda, aos escafandristas desse oceano insondável que é a alma humana”. (GULLAR, 1996:21)

Recentemente, o trabalho de Nise da Silveira, assim como de outros psiquiatras como Osório César vem ganhando reconhecimento científico e social, sendo apontados como “revolucionários” do tratamento de pacientes psicóticos. Uma das contribuições mais destacadas vem do fato de terem criado possibilidades para o desenvolvimento de atividades expressivas e produtivas com psicóticos, não mais baseadas em intenções pedagógicas e morais ou de manutenção da ordem institucional. Além de terem estabelecido interfaces com o campo artístico e intelectual de sua época, inserindo os trabalhos realizados pelos pacientes em mostras e exposições nacionais e internacionais.

Guerra (2004) aponta como diferença fundamental entre as duas propostas o fato de Nise ter-se restringido ao valor terapêutico da arte, enquanto para Osório César, esta seria uma via de inclusão social. Porém, em ambos os casos, devido à escassez ou mesmo inexistência nesta época de propostas alternativas à internação, o destino dos pacientes foi de permanecerem institucionalizados.

Enfim, tanto Nise da Silveira, quanto Osório César, ao trazerem a arte para dentro do campo da psiquiatria, introduzem importantes estratégias de oposição aos procedimentos psiquiátricos tradicionais, que ganham cada vez mais importância. Nas décadas seguintes, como veremos, abrem-se novas perspectivas e de estratégias de cuidado, em que a arte passa a mediar outras possibilidades de trabalho e vida no campo da saúde mental.

2.2. Práticas “Reformadas”

Na Europa, após a II Guerra Mundial, aprofunda-se uma grave crise a partir de preocupações governamentais frente à impotência da estrutura médico-psiquiátrica-asilar em dar conta dos altos índices de cronicidade dos distúrbios mentais, que vinham afetando profundamente a estabilidade socioeconômica e política mundial. Com a crise do modelo liberal e a crescente mobilização das classes populares através da organização política e sindical, há uma ampliação dos direitos políticos e sociais, cabendo ao Estado planejar e gerenciar os processos sociais, onde a saúde passa a ser uma forte preocupação, a partir de seu reconhecimento enquanto direito social. A medicina começa a ser questionada pelo seu caráter exclusivamente curativo. Com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde passa a ser compreendida como “um estado de completo bem estar físico, mental e social” e não como ausência de doença e enfermidade. No campo da assistência psiquiátrica, a estrutura asilar é acusada pela iatrogenia de suas práticas, que geravam e mantinham a doença mental.

“Nesta época, o novo lema é dinamizar a estrutura hospitalar, criar novas formas e condições de tratamento para uma eficaz recuperação dos pacientes como sujeito da produção. Verifica-se, assim que um conjunto de sintomas, anteriormente atribuídos à natureza essencial da psicose esquizofrênica não passava de subproduto do espaço asilar”. (RECAMIER apud BIRMAN e COSTA, 1998:50).

Diante da situação de violência, abandono e cronificação dos pacientes psiquiátricos surgem movimentos de Psiquiatria Social ou de “Psiquiatria Reformada”, conforme Rotteli (et al, 2001) denomina os movimentos reformistas contemporâneos. Nessa época, a Psiquiatria deixa de ser apenas uma especialidade médica e de terapêutica da “doença mental”, sendo convocada a se constituir como um saber sobre a “saúde mental” e a desenvolver práticas sobre este “novo objeto”, com uma vertente fortemente social. Desta forma, as ações se voltaram para a comunidade sob o ideal da promoção e prevenção da saúde, pois "Prevenir é promover a saúde, identificada como promoção de ajustamento social" (BIRMAN e COSTA,1998:61)

Segundo Saraceno (1999:127), é neste contexto que a Reabilitação surge como estratégia de “promoção da saúde” para atender a demanda de “entretenimento” da população egressa dos manicômios e de melhoria da qualidade de vida de suas famílias, além de auxiliar nas intervenções farmacológicas e psicoterápicas, passando a receber atenção por parte da comunidade psiquiátrica internacional. Este interesse se justificou basicamente por três questões: primeiro, as experiências de desinstitucionalização que transferiram enormes contingentes de pacientes de dentro dos manicômios para a vida fora de seus limites físicos, gerando uma profunda crise que se refletiu nas famílias, nas políticas sanitárias e na sociedade em geral. Segundo, o crescimento dos direitos humanos dos usuários a partir do pós-guerra, assim como do nível de consciência dos mesmos e de seus familiares em nível mundial. O terceiro motivo estava relacionado às evidências epidemiológicas que apontavam sobre a importância da reabilitação no conjunto das estratégias de ação na evolução da doença mental. A partir de então, foi se consolidando uma “cultura reabilitadora”, na qual o uso da atividade e do trabalho foi ganhando novos contornos no campo da Psiquiatria, com enfoques e ênfases variados: na terapia, formação profissional e/ou na reinserção no trabalho com orientação psicoeducacional, tendo como principais objetivos a adaptação e o “retorno à normalidade”, ou seja, a inserção ao mercado de trabalho e não uma inserção social de fato. Além de uma ação voltada para o social, muitos esforços foram feitos visando à transformação da assistência, ou seja, uma “terapeutização” da estrutura hospitalar, como se coubesse ao hospital a função de tratar seus próprios malefícios e iatrogenias.

É nesse contexto que surgem a *Psiquiatria de Setor* francesa, a *Psiquiatria Preventiva* norte-americana, a *Psicoterapia Institucional* francesa e a *Comunidade Terapêutica* inglesa como movimentos representativos de crítica ao modelo psiquiátrico tradicional, sendo que para Birman e Costa (1998) as duas primeiras, visaram em geral, uma nova relação com a família e a

comunidade de forma a integrá-las ao ambiente terapêutico e, as duas últimas, a reformulação da estrutura hospitalar respectivamente.

Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva norte-americana: estratégias “ideais” de prevenção da saúde mental

A **Psiquiatria de Setor** surge na França como movimento de contestação à segregação e isolamento do paciente psiquiátrico. Propõe-se tratá-lo no e com recursos de seu próprio meio social e considera o hospital um recurso auxiliar e transitório no tratamento. Para tanto, institui como princípio o esquadramento do hospital e da comunidade em “setores”, em áreas geográficas e socioculturais, desde o pavilhão do hospital até a sua comunidade, a fim de adequar e propiciar a continuidade do tratamento, de acordo com a cultura e hábitos locais. Na década de 60, tal movimento deixa de lado seu teor crítico e progressista original, sendo “capturado” como política oficial de saúde mental no país. (AMARANTE, 1998:35)

A **Psiquiatria Preventiva norte-americana** surge nos Estados Unidos, durante o governo Kennedy, ganhando muita influência sobre as políticas de saúde mental na América Latina a partir da incorporação de suas propostas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Originária das idéias de Gerald Caplan, no âmbito da Saúde Pública e sob influência da Psicologia Behaviorista, de acordo com este modelo, a doença mental é concebida como “desadaptação social” gerada pelas condições de vida e saúde. (BIRMAN e COSTA, 1998) Assim, o projeto preventivista norte-americano consistiu em uma rede de programas de educação básica e profissional, assistência jurídica, médica e social, destinados à população pobre do país.

Segundo Birman e Costa (1998), esse modelo efetua mudanças na estrutura tradicional psiquiátrica ao propor: (1) um novo objeto – saúde mental; (2) um novo objetivo – a prevenção; (3) um novo sujeito – a coletividade; (4) um novo agente de tratamento – equipes profissionais (5) novo espaço de tratamento – a comunidade e uma nova concepção de saúde – como fenômeno biopsicossocial.

Porém, tanto a Psiquiatria Preventiva norte americana como a Psiquiatria de Setor são criticadas por se tratarem de projetos de “medicalização social”, pois suas propostas terapêuticas se voltavam para a comunidade a partir de uma ação basicamente médica e preventiva.

Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional como estratégias “pedagógicas e sociais”

A **Comunidade Terapêutica**, liderada por Mawel Jones no final dos anos 50 na Inglaterra é caracterizada basicamente por uma ênfase na *reabilitação ativa*³³ como método principal de tratamento, contra a custódia e segregação; a *democratização* visando a horizontalidade das relações, a *permissividade* no uso da palavra e o *comunalismo*, em oposição à centralidade do poder médico. (AMARANTE, 1998:30)

A **Psicoterapia Institucional**, iniciada por François Tosquelles no Hospital de Saint-Alban e desenvolvida de forma mais consistente por Jean Oury, na Clínica de La Borde, na França,³⁴ traz como proposta central o questionamento, não somente da instituição psiquiátrica, mas principalmente da pedagogia institucional. Nesse sentido, propõe uma *práxis* que, partindo do interior da instituição hospitalar, busca ampliar-se para o conjunto de segmentos sociais, no sentido de uma “revolução molecular”, de um processo de reinvenção permanente, de questionamento mais global sobre a saúde, a pedagogia, a condição penitenciária feminina, a arquitetura, etc.

Segundo Goldberg, (1996:66), as influências mais diretas desta proposta encontram-se em autores que desenvolveram técnicas socioterápicas no campo da psiquiatria como Moreno, Kurt Lewin, Bion, Sullivan; mas sobretudo do marxismo e também da psicanálise, além de movimentos de grande repercussão histórica e cultural transcorridos no século vinte, como o Surrealismo, a Revolução Espanhola, o teatro de Antoin Artaud, o Movimento de Arte Bruta, de Jean Dubuffet, entre outros. Nas palavras de Jean Oury, diretor de La Borde e um dos expoentes da Psicoterapia Institucional francesa:

“(…) o que constitui nosso trabalho é determinado por uma espécie de finalidade, que sob a superfície do chamado terapêutico (seja a socioterapia, a ergoterapia, a psicoterapia etc.), se articula conforme um vetor que podemos estigmatizar no interior do que Freud chamava de processo de *sublimação**. Esquemáticamente, podemos definir, com Lacan, a sublimação como a ascensão de dois registros: o do trabalho e o da linguagem. O registro do trabalho supõe o estudo do meio em que este trabalho se efetua e implica o estudo do conceito de *produção**. Não podemos detalhar aqui esse aspecto do

³³ A *reabilitação* ou *terapêutica ativa* são nomes dados ao método desenvolvido por Hermann Simon, criador da Terapia Ocupacional na década de 20.

³⁴ Clínica privada localizada a 200 km de Paris, desde a década de 1960 vem atuando à parte da Psiquiatria de Setor francesa, enquanto principal modelo de a saúde mental.

* Grifos do autor.

problema, mesmo que ele seja de fundamental importância e que tudo que possa importar em terapêutica institucional deva se perfilar sobre esse pano de fundo. (...). A linguagem, por outro lado, não é encarada como simples instrumento de comunicação, mas é antes considerada a partir do que se constitui como o essencial da visão analítica, em sua articulação com o sujeito.” (apud GOLDBERG, 1996:67).

A proposta gira em torno de um dispositivo terapêutico denominado “ateliê” onde se realiza um complexo sistema de atividades múltiplas, agrupadas por áreas (cultural, artesanal, agrícola), além de atividades de lazer (passeios, festas, reuniões, etc), coordenados por estagiários ou monitores, onde todos participam e constituem novos territórios existenciais. Segundo Guattari (1992:187), que trabalhou desde o início da construção do projeto:

“(...) o que visávamos, através de nossos múltiplos sistemas de atividade e sobretudo de tomada de responsabilidade em relação a si mesmo e aos outros, era nos libertarmos da serialidade e fazer com que os indivíduos e os grupos se reapropriassem do sentido de sua existência em uma perspectiva ética (...) fundada na resingularização da relação com o trabalho e, mais geralmente, da existência pessoal”³⁵

Assim, o objeto da Psicoterapia Institucional é o “coletivo dos pacientes e técnicos”, de todas as categorias profissionais, em oposição ao modelo tradicional hierarquizado e verticalizado. Neste sentido, o paradigma “ético-estético” passa a ser o modelo orientador para novos “modos de existência” e de uma “concepção de vida como obra de arte”. (GUATTARI, 1992:190). Como uma síntese da abrangência e complexidade da proposta, nas palavras de Jean Oury (apud VERTZMAN, CAVALCANTI e SERPA JR, 1992:28)

“O objetivo da psicoterapia institucional é criar um coletivo orientado de tal maneira que tudo que possa ser empregado (terapias biológicas, analíticas, limpeza dos sistemas alienantes sócio-econômicos etc.) para que o psicótico aceda a um campo onde ele possa se referenciar, delimitar seu corpo numa dialética entre a parte e a totalidade, participar do “corpo institucional” pela mediação de “objetos transicionais”, os quais podem ser o artifício do coletivo sob nome de técnicas de mediação, que podemos chamar de “objetos institucionais”, que são tanto o ateliês, reuniões, lugares privilegiados, funções, etc. quanto a participação em sistemas concretos de gestão ou organização.”

³⁵ Deve-se à corrente de Análise Institucional o termo *tomada de responsabilidade* que mais tarde é adotado pela psiquiatria democrática italiana como um dos princípios que orientaram as experiências de desinstitucionalização naquele país. (GOLDBERG, 1996)

Apoiando-se em Birman³⁶, Amarante (1998:28) conceitua estas experiências como “a pedagogia da sociabilidade” em que, cada uma a seu modo, procurou promover reformas no espaço institucional através de medidas administrativas, democráticas, participativas e coletivas.

Assim, as críticas sobre as experiências europeias que se voltaram para o campo da reabilitação, se por um lado reconhecem intenções em desenvolver críticas ao espaço asilar, apontam que estas não romperam com a lógica do paradigma tradicional biomédico. (BIRMAN e COSTA, 1998; DESVIAT, 2002).

2.3 Práticas “Inventadas”

Na década de 1960 surgem outras experiências mais radicais de contestação ao modelo psiquiátrico – a **Antipsiquiatria** inglesa e a **Psiquiatria Democrática italiana**. Profundamente influenciadas pela fenomenologia, a antropologia, o estruturalismo e o existencialismo buscavam, cada um a seu modo, uma ruptura de fato com a instituição psiquiátrica enquanto saber e prática de violência e exclusão. “Já não era mais a forma, mas a própria essência do modelo psiquiátrico que era posta em questão. Não se tratava apenas de redesenhar o aparelho assistencial, mas de colocar sob análise as próprias bases e fundações do conhecimento psiquiátrico.” (BEZERRA.,1995:171)

A **Antipsiquiatria** foi um movimento liderado por um grupo de psiquiatras - com destaque para Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson - com grande experiência clínica e em psicanálise, que influenciados pelos movimentos contraculturais (psicodelismo, pacifismo, hippie, misticismo) constitui, de fato, a primeira crítica radical ao saber médico-psiquiátrico e às imposições sociais do modelo capitalista concebendo a loucura como produto da realidade social, percebida como alienadora. Para tanto, utiliza-se da estratégia de negação da loucura como doença, buscando dar positividade à experiência da loucura como motor das transformações estruturais da sociedade.

“O louco é portanto, uma vítima da alienação geral, tida como norma, e é segregado por contestar a ordem pública e colocar em evidência a repressão da prática psiquiátrica, devendo por isso, ser defendido e reabilitado. É a mistificação dessa realidade social alienada que destrói a

³⁶ Ver BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA, B. E AMARANTE, P. (orgs) Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.p.71-90.

experiência individual e comportamental, inventando o louco, tido como perigoso e passível de perda de voz.” (AMARANTE,1998:44)

Mais tarde, este modelo apesar de seu pioneirismo, acaba evoluindo como referência teórica para a esquizofrenia, em que os problemas de comunicação entre as pessoas são identificados como principais fatores etiológicos da doença. Conforme aponta Amarante (1998), esta experiência trouxe “importantes contribuições para a transformação prático-teórica do conceito de desinstitucionalização como desconstrução de forma parecida com o que estava sendo desenvolvido por Franco Basaglia nesta mesma época na Itália.

A experiência da **Psiquiatria Democrática Italiana**, liderada por Franco Basaglia, tornou-se uma referência reconhecida internacionalmente ao propor a desconstrução da instituição psiquiátrica. Para tanto, propõe a estratégia radical de “negação” da instituição psiquiátrica e “invenção” de alternativas totalmente substitutivas à mesma. Foi sem dúvida, a que mais influenciou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, havendo nesta experiência, uma proposta inovadora no campo da Reabilitação em Psiquiatria e da Saúde Mental que abdica da existência do hospital psiquiátrico, substituindo-o por uma série de serviços e dispositivos territoriais. Em 1961, Basaglia inicia seu projeto de desinstitucionalização, primeiro em Gorizia e, posteriormente na década de 1970 em Trieste, cidades localizadas ao norte da Itália, dando materialidade à proposta com a invenção real e efetiva de novas possibilidades de relação com a loucura.

Segundo Saraceno (1999), a experiência italiana partiu de três importantes questões no âmbito da Reabilitação em psiquiatria: a desinstitucionalização, a avaliação crítica da ergoterapia e a crise do *Welfare State*, onde o tema do trabalho tornou-se uma questão fundamental no modelo italiano, tanto no processo de desconstrução do manicômio e da dependência institucional, como no processo de construção de novas possibilidades de vida e reinserção social.

Empresa Social

Rotelli (2006:301) define basicamente o trabalho realizado em Trieste pelo nome de *Empresa Social*. O autor se refere a todo o trabalho desenvolvido em torno do princípio de *desinstitucionalização* que faz emergir “um social” totalmente renovado; distinto da situação

anterior, na qual sob a tutela e poder da psiquiatria, as contradições sociais foram negadas, ocultadas e excluídas no interior dos manicômios.

“Empresa Social é o processo de dismantelamento desse aparato rudimentar com a conseqüente constituição complexa de uma rede de serviços e de uma rede de relações entre as pessoas que sustentem as práticas da diversidade, as práticas da complexidade, que respondam a aspectos sanitários, mas que também, respondam ao mundo da assistência, ao mundo das relações interpessoais, ao mundo da política da cidade, isto é, de como são regulados os conflitos sociais e jurídicos da organização social e dos contratos sociais. Que respondam ainda ao mundo da negociação entre as classes sociais, de como são negociadas as relações da normalidade e do desvio (...). Empresa Social significa não apenas a construção de um novo cenário no qual as contradições levem ao seu próprio nome e não venham cobertas por etiquetas clínicas, por etiquetas psiquiátricas”. (ROTELLI, 2006:302).

O nome foi escolhido para designar o conjunto de *estratégias* para enfrentar a crise da assistência e do trabalho a partir dos anos de 1980, em um contexto de busca de inovação das instituições e das políticas sociais na Itália e em alguns lugares na Europa.

Na perspectiva da *Empresa Social*, as atividades e o trabalho são inseridos no campo concreto das relações sociais e econômicas, onde são colocadas em questão as relações estabelecidas com o campo social e com as restrições de um mercado baseado no modelo de produção capitalista.

A partir de 1987, a Comunidade Econômica Européia passa a subsidiar parte dos projetos das cooperativas a partir da proposta de *Empresa Social* como via de torná-las competitivas no mercado. A criação de lojas, hotéis, lanchonetes, rádios através de laboratórios e cooperativas sociais e/ou trabalho protegido são importantes dispositivos e expressões da Empresa Social, através dos quais se busca viabilizar, de fato, a inserção e circulação social no território.

Segundo Amarante (1998:49), a produção das cooperativas italianas tornou-se fundamental dentro da dinâmica econômica, não apenas dos serviços de saúde mental, mas do próprio território. Inicialmente organizadas para atender as demandas de trabalho dos ex-internos, hoje estas se constituem espaços de produções artísticas, intelectuais e prestação de serviços.

É importante ressaltar que na procura de um sentido diferenciado para a reabilitação, a arte e a comunicação foram introduzidas na experiência italiana como “ferramentas estratégicas” visando produzir sensibilização, politização e publicização do debate sobre a loucura de forma a facilitar e viabilizar o processo de reinserção social.

“O adeus simbólico ao manicômio” assinalava a abertura de uma estrada que levaria à saída real, representando ainda, o adeus à ergoterapia e a ludoterapia. A arte e a comunicação tornavam-se, a partir daí, instrumentos de participação também ao alcance de quem estava impedido (no manicômio) de ser criativo, a fim de promover consciência e criar um cotidiano, buscando qualidade para uma nova vida que se constituía.” (BARROS, 2000:87)

Para Guattari (1992:194), o caráter inovador da experiência italiana, consistiu na percepção que os italianos tiveram de que “havia tocado em uma dimensão essencial do problema: só uma sensibilização e uma mobilização do contexto social poderiam criar condições favoráveis às transformações reais”.

Segundo Goldberg (1996), a Psiquiatria Democrática italiana e a Psicoterapia Institucional francesa influenciaram muito o processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira, pois tocaram em questões como “respeito supremo a condição humana”, cidadania e inclusão social, não somente de usuários, mas de todos os sujeitos envolvidos no sistema institucional.

No Brasil, do pós-guerra até o final dos anos 70, a psiquiatria passa por um período obscuro. Nos anos 50, há uma expansão e fortalecimento da psiquiatrização no país, corroborado pelo surgimento dos primeiros neurolépticos. A partir dos anos 60 há um processo crescente de privatização da psiquiatria, quando então a doença mental passa a ser concebida como mercadoria, onde o Estado é o principal responsável pelo que se denominou “indústria da loucura”, ao comprar serviços psiquiátricos do setor privado. No final da década de 70, na emergência de novos paradigmas no campo da saúde mental e coletiva e abertura e democratização do país tem início o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta se desenvolve no âmbito da Reforma Sanitária junto ao movimento de Reforma Sanitária e do campo da Saúde Coletiva, visando transformações estruturais³⁷ das concepções e das práticas de saúde, sendo o tema do próximo capítulo.

³⁷ De acordo com Mendes (1999:237) por mudança *estrutural* entende-se o processo de luta por uma transformação radical do sistema de saúde, não restrita a racionalização da dimensão técnica-assistencial, mas da reestruturação epistemológica do sistema. Este processo parte de uma crítica ao paradigma biomédico hegemônico, envolvendo a concepção do processo saúde-doença, como também as relações entre serviços de saúde e estrutura social.

CAPÍTULO III

TRAJETÓRIA, ESTRATÉGIAS E TÁTICAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA.

“A originalidade brasileira encontra-se na maneira de integrar, no discurso da cidadania, na consciência social, a trama de atuações que deve construir um programa comunitário e o estilo de inventar novas fórmulas de atenção a partir do protagonismo de todos”.(DESVIAT,1998)

3.1. A trajetória da Reforma Psiquiátrica Brasileira em três tempos

Seguindo a proposta de sistematização proposta por Amarante (1998:51-84), o movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser caracterizado em três tempos: a trajetória *alternativa*, a trajetória *sanitarista* e a trajetória *de desinstitucionalização*, sendo caracterizado como um *processo social complexo* que compreende diferentes atores, movimentos, estratégias e táticas que variam de acordo com os contextos e cenários específicos em um processo sócio-histórico inacabado. Segundo o autor:

“O que importa aqui é que os atores, divididos em grupos (muitas vezes bastante heterogêneos) sejam percebidos muito mais por suas práticas de construção de olhares diferentes sobre a loucura e por não se enquadrarem em determinados status ou classe social. Importa também considerar a tensão destes grupos na composição dos diversos cenários de resistência ou manutenção das formas hegemônicas de lidar com a loucura.” (AMARANTE, 1998:106).

Optou-se também por dar prioridade ao processo ocorrido nos estados do sudeste (Rio de Janeiro, São Paulo e Minas Gerais), tanto por abrigar a maior rede de serviços psiquiátricos do país, quanto por sediar o cenário da experiência em análise³⁸

O primeiro momento, denominado **Trajetória Alternativa (1978-1980)** é caracterizado pela crítica ao modelo privatizante que marcou o setor saúde no país na segunda metade da

³⁸ Ver também VASCONCELOS, E.M. “Breve periodização histórica do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil recente”. In VASCONCELOS (org) Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e interdisciplinaridade. São Paulo: Ed. Cortez, 2000.

década de 70 a partir da re-emergência de movimentos sociais como principal canal de expressão política e social.³⁹ Esta teve seu ápice em 1978, com uma séria crise no setor saúde que culminou em uma greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) dando origem ao Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM)⁴⁰, que em um movimento pioneiro de greve no setor público após o regime militar, trouxe à tona uma série de denúncias sobre as precárias condições de trabalho e da assistência psiquiátrica prestada nos hospitais públicos e privados do país. Segundo Yasui (2006:29): “A negação do papel de carcereiros da loucura, de guardiões da Razão e da Moral, implicava não apenas em sua explicitação pública, mas na denúncia das condições sociais políticas, econômicas que determinavam aquele lugar”.

“Não aceitar a delegação, como recomendava Basaglia, significa estabelecer um novo tipo de contrato com a população atendida, onde o psiquiatra, que agora passa a recusar-se a acolher passivamente o paciente desviante, tem que construir um novo papel social para si próprio”. (DELGADO, 2000:185)

O MTSM como principal ator político e social

Segundo Amarante (1998:106) o MTSM é o principal ator político e social nessa fase, sendo responsável pela “conceituação, divulgação, mobilização e implantação de práticas transformadoras”, onde o movimento inaugura o exercício de uma *práxis*; ou seja, de uma reflexão crítica ao modelo médico-psiquiátrico tradicional, ao encaminhamento de propostas e reformulações.

As principais influências na formulação crítica do modelo psiquiátrico e a construção de um modelo substitutivo de assistência advêm de alguns psiquiatras considerados de vanguarda à

³⁹ Dentre os principais atores que participam do início do movimento neste período: Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em suas várias formas de expressão - núcleos estaduais de Saúde Mental do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (CEBES); Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos Movimento de Renovação Médica (REME), Rede de Alternativas à Psiquiatria, Sociedade de Psicossíntese; a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), indústria farmacêutica; universidades e do Estado, representado através do Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Como frisa Amarante (1998:51) estes atores participaram e continuam a participar do processo “ora aliando-se, ora ocupando lugares antagônicos”.

⁴⁰ Segundo Amarante (1998) o MTSM resultou de articulações prévias, em congressos de psiquiatria, encontros e movimentos, ganhando força após a visita de lideranças internacionais dos movimentos de crítica à psiquiatria. Dentre eles, merece destaque Franco Basaglia, principal expoente do movimento de psiquiatria democrática italiana, estando também à frente, junto com outras lideranças, do Movimento Operário Italiano - MOI. Para uma compreensão da contribuição de Basaglia no Movimento Operário Italiano - MOI, consultar Basaglia e Outros. *La salud de los trabajadores – aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imagen, 1980.

sua época como Ulysses Pernambucano, Luiz Cerqueira, entre outros e as correntes de reformas internacionais como: a Comunidade Terapêutica inglesa, a Psicoterapia Institucional francesa, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, a Antipsiquiatria e de forma mais incisiva a Psiquiatria Democrática Italiana. (AMARANTE, 1998:108). No discurso da comissão organizadora do Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em 1987 em Baurú, pode-se perceber o teor de crítica e a necessidade de transformação nas questões levantadas:

“(...) nas nossas discussões regionais, na nossa prática diária, algumas questões se repetem e se impõem: - como trabalhar dentro de uma lógica não manicomial, num sistema de saúde, cujas ações de saúde mental continuam centradas nos manicômios? Qual a estratégia brasileira para desmontar essa engrenagem? Quais as alternativas práticas apontadas pelo movimento dos trabalhadores em Saúde Mental? Quais as formas de intervenção no campo social mais amplo? Que projeto é esse de trabalhar na construção de uma cultura antimanicomial.” (MTSM, 1987).

O início dos anos 1980 até meados de 1990 marca a **Trajetória Sanitarista (1987-1992)**, em um contexto de redemocratização do país e de importantes debates sobre o Preventivismo⁴¹.

Duas estratégias marcam esse período: a primeira caracteriza-se pela expansão e formalização do modelo sanitaria, tendo início em 1980, no Rio de Janeiro, com a criação da Política de “*Co-gestão*”.⁴² A outra estratégia foi desenvolvida em São Paulo e Minas Gerais, a partir da vitória de governos de oposição (Franco Montoro / SP e Tancredo Neves / MG) com a criação do Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) como resultado da crise financeira da Previdência Social e da impossibilidade de solucioná-la.

Este momento marca a entrada de lideranças do MTSM nas secretarias estaduais de saúde, permitindo processos de intervenção nos hospitais psiquiátricos do país, assim como a expansão gradativa da rede ambulatorial em saúde e saúde mental, de equipes multiprofissionais e humanização dos processos de reinserção social dentro de alguns asilos estatais. (VASCONCELOS, 2000).

⁴¹ A Psiquiatria Preventiva, conforme explicitado no capítulo anterior, surgiu pretendendo revolucionar a psiquiatria intervindo diretamente nas causas das doenças mentais prevenindo e promovendo a saúde mental. Gerald Caplan foi o principal expoente da proposta preventivista norte-americana com seu livro “Princípios de Psiquiatria Preventiva” marcando um primeiro movimento de mudança de objeto da psiquiatria - a saúde mental, e de foco de atuação - a comunidade. As organizações de saúde internacionais (OPAS/OMS) adotaram o preventivismo como política de saúde nas décadas de 1960/70, que passou a orientar os modelos adotados em vários países do terceiro mundo.

⁴² A *Política de Co-Gestão* ficou conhecida como uma nova modalidade de convênio criado nesta época entre os Ministérios da Previdência e Assistência Social (MPAS) e o da Saúde (MS) que previa o custeio, o planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. (AMARANTE, 1998)

Segundo Amarante (1998:65-68), a importância deste momento é de ter inaugurado uma fase específica das políticas públicas de saúde, incorporado setores críticos da saúde coletiva e da saúde mental através da ocupação de espaços públicos (secretarias, partidos, etc) e buscando uma forma de organizar e aperfeiçoar a assistência previdenciária, revertendo de forma gradual o modelo médico-assistencial privatizante, altamente dispendioso e causador de desprestígio do setor público.

O Movimento Nacional de Luta Antimanicomial: “Por uma sociedade sem manicômios”

Tendo inicialmente se concentrado em questões mais restritas ao âmbito técnico-assistencial, o MTSM caminha em direção à sua consolidação como um movimento social, com a incorporação de outros atores sociais (usuários, familiares, conselhos de saúde, sociedade civil organizada) ao movimento a fim de ampliar o debate, marcando uma mudança epistemológica e estratégica do movimento.

Assim, a partir de 1993, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) passa a denominar-se “Movimento Nacional da Luta Antimanicomial” quando então é lançado o slogan: “*Por uma sociedade sem Manicômios*”. Para Amarante, este momento é marcado por uma mudança epistemológica e estratégica do MTSM, que fica bastante evidente em um dos documentos produzidos à época do II Congresso Nacional:

“Nossa atitude marca uma ruptura. Ao recusarmos o papel de agentes da exclusão e da violência institucionalizadas, que desrespeita os mínimos direitos da pessoa humana inauguramos um novo compromisso. Temos claro que não basta racionalizar e modernizar os serviços nos quais trabalhamos. O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que sustenta os mecanismos de exploração e da produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.”(MTSM, 1987b: 04 apud AMARANTE, 1998).

Durante a *Trajetória Sanitarista*, o movimento é marcado por uma visão “estatizante” tendo como principais opositores: a Federação Brasileira de Hospitais (FBH) e setores mais organicistas oriundos de universidades e da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), e ainda de adeptos de orientações psicanalíticas mais psicologizantes. Nessa época, o MLA adotou duas estratégias: por um lado “dar as mãos ao Estado”, em uma linha mais institucional, confundindo-

se muitas vezes com ele e por outro, em uma vertente de tradição “mais sindical”, exercer um papel de vigilância da outra vertente, na organização dos trabalhadores e luta por melhores condições de assistência. Para Amarante (1998), em ambas as linhas adotadas o MLA perde muito de seu objetivo de uma “transformação estrutural” da instituição psiquiátrica. No entanto, o autor ressalta que o movimento não se despreocupou em manter suas origens de movimento social autônomo e plural, composto por diferentes atores sociais (associações de usuários e familiares, conselhos de profissionais, sindicatos, centrais sindicais, parlamentares, entre outros) independente do Estado. (AMARANTE, 1998:67-68),

Amarante (1998:75) denomina o período que se inicia a partir de 1987, de **Trajetória de Desinstitucionalização** como sendo de grande importância para a sociedade brasileira. É um período de consolidação da democratização do país, marcado pela promulgação da Constituição Federal, em 1988 e criação de um modelo democrático de assistência à saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a Lei 8.080, em 1990. A Reforma Psiquiátrica acompanha este processo, seguindo os princípios do SUS de: *descentralização, universalização, acessibilidade, integralidade, equidade e participação social*, no qual é central o conceito de “cidadania” no slogan: “saúde como direito de todos e dever do Estado” contido no art.196 da Constituição Federal de 1988. Segundo Amarante (1998), tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica buscavam a produção de uma mudança cultural na sociedade brasileira, tendo a “saúde” como foco do processo de transformação.

A partir de então, o processo brasileiro de Reforma Psiquiátrica inicia-se em bases reais, com alguns fatos marcantes como: o Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Baurú (1987) e intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (1989); a I e a II Conferências Nacionais de Saúde Mental (no Rio de Janeiro, em 1987 e em Brasília, em 1992 respectivamente); a apresentação do Projeto Paulo Delgado em Brasília (1989)⁴³; a Declaração de Caracas, na Venezuela (1990)⁴⁴; publicação das primeiras portarias do Ministério da Saúde⁴⁵, etc.

⁴³ Projeto de Lei 3.567/89. Dispõe sobre “a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória”. Diário do Congresso Nacional, Brasília, 29 de setembro, 1989. A definitiva transformação do mesmo projeto em lei apenas se deu dez anos depois, em 2001 - Lei nº10. 216 em 2001. (BRASIL/MS, 2004)

⁴⁴ A Declaração de Caracas, como ficou conhecida a Conferência sobre a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na Região, realizada em Caracas em 1990 é de suma importância nesse processo ao propor a “reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina e uma nova política para os serviços de saúde mental”, mas acima de tudo, segundo Amarante (1992:50), por “demarcar a crescente tendência internacional de superação dos velhos modelos de

Por outro lado, este período também se caracteriza como um processo de crítica à institucionalização do campo, marcando uma ruptura no processo de anterior da reforma com ênfase nas transformações restritas à dimensão técnico-assistencial, para alcançar uma dimensão mais global e complexa, que se caracteriza pelo resgate e valorização de processos micropolíticos, de reinvenção do cotidiano, orientados pelo paradigma da complexidade e da desinstitucionalização.

3.1.1. “Inventando novas práticas”: três experiências pioneiras no campo da Atenção Psicossocial em Saúde Mental

Em vários estados (Rio Grande do Sul, São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco e Ceará), movimentos sociais aprovam as primeiras leis municipais de reestruturação da assistência determinando a substituição progressiva de leitos psiquiátricos, por redes integradas de atenção.

Segundo Pitta (2001) nessa época, os trabalhadores estavam às voltas com a idéia de “inventar uma nova clínica” por meio da transformação da assistência e nesse processo, o objeto doença mental / loucura foi se transformando e demandando novas práticas e estratégias de cuidado. Orientados pelo novo paradigma de atenção psicossocial, buscava-se a *autonomia* e *inserção social* dos usuários através de diferentes dispositivos clínicos e extra-clínicos, portanto, não restritos aos serviços de saúde mental, mas articulando-se no território.

Algumas experiências merecem destaque, por desenvolverem práticas pioneiras e inovadoras no campo da reabilitação no país que se tornaram referências para a formulação das diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental.

Como resultado, iniciam-se experiências inovadoras envolvendo atividades clínicas, produtivas, artísticas e socioculturais, e que evidenciam um movimento de intercessão entre projeto clínico, político e cultural⁴⁶. Segundo Guerra (2004:38):

psiquiatria e dar legitimidade às transformações que vêm ocorrendo em países latino-americanos, até então com certa nuance de *marginalidade*.” (BRASIL/MS, 2004)

⁴⁵ Portaria SMS nº 189/91 e Portaria SMS nº 224/92. A primeira viabiliza o financiamento da mudança do modelo assistencial, através de ações e serviços mais contemporâneos e voltados para valores éticos como os CAPS/NAPS, oficinas terapêuticas e atendimento grupal e redução do tempo de internação e a segunda, regulamenta o funcionamento de todos os serviços através de diretrizes e normas gerais básicas para a assistência em saúde mental. (BRASIL/MS, 2004)

⁴⁶ Para uma leitura mais aprofundada das experiências pioneiras alternativas/substitutivas ao modelo psiquiátrico tradicional (CAPS/NAPS) ver, entre outros: LUZIO e L'ABATTE (2006); KODA (2003); CAMPOS e HENRIQUES (1997) GOLDBERG (1996); YASSUI (1989); NICÁCIO (1994).

“(...) o uso político aparece no sentido do resgate da possibilidade do exercício da vida pública para o usuário, sustentado pela idéia de inserção social, da participação na vida pública e cultural de sua comunidade. Mais que o desenvolvimento de habilidades, busca-se introduzir na cultura a diferença que a loucura representa”.

A experiência paulista:

No final da década de 80 foram criados dois importantes dispositivos de atenção à saúde mental pela gestão petista no município de São Paulo, junto à rede pública de assistência à saúde: o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS) e os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO).

Os CAPS, criado em 1987, representa a primeira experiência de implantação de um serviço de atenção diária, para uma clientela de neuróticos e psicóticos graves que até então eram tratados apenas em regime ambulatorial e hospitalar. Segundo Goldberg (1996), o projeto tinha a proposta de se constituir como uma estrutura intermediária entre a o hospital e a comunidade, porém, não substitutiva. Esta experiência tornou-se referência como serviço assistencial alternativo ao modelo hospitalocêntrico, em que sua sigla – CAPS (juntamente com a dos NAPS) foi adotada pelas Portarias 189/91 e 224/92, sendo posteriormente atualizadas pelo MS em uma nova portaria (336/02), para definir genericamente os novos serviços de atenção psicossocial. Para Yasui (2006), mais do que um modelo de serviço, o CAPS deve ser entendido como um “conceito operacional”, dinâmico e em constante repensar de suas práticas.

O projeto dos CECCOS, inserido no “Novo Modelo de Atenção à Saúde Mental” implementado em 1989 pela prefeitura do PT, teve um “percurso mais tumultuado”, sendo extinto em 1992. Inspirado nos princípios da reforma psiquiátrica, este dispositivo tinha como proposta central, a reabilitação psicossocial e inserção social dos usuários, tendo as oficinas como principal estratégia. Tratava-se de um projeto inovador pois buscava a superação da lógica hospitalocêntrica, sendo implantados em parques, centros esportivos, centros comunitários e praças públicas municipais e concebidos como espaços alternativos de convivência, onde se buscava aproximar psicóticos crônicos, deficientes mentais, auditivos, físicos, idosos, população de rua, etc. da comunidade. (GALETTI, 2004:52-53).

Segundo Galetti (2004) a experiência dos CECCOS representou a abertura de novas possibilidades de exercício da prática clínica, deslocando de seu sentido mais tradicional para um “formato mais híbrido”, pois ampliou “o conceito de tratamento, na medida em que os

profissionais, os usuários e as intervenções foram redimensionados em um novo posicionamento de lugares e papéis.” (p.58). Salvo questões relacionadas à concepção do projeto discutidas por Galetti (2004) e que aqui não serão aprofundadas, a autora afirma que:

“Esse serviço foi de extrema importância no contexto histórico da saúde mental do município de São Paulo, pois além de ter se constituído como uma retaguarda para a rede de saúde (...), os CECCOS localizavam-se na fronteira entre o que usualmente denominamos de campo da clínica e campo social. O cuidado com o sofrimento psíquico, anteriormente subordinado à rede de Psiquiatria, passou a se estender para a comunidade a partir da instalação desses serviços nos espaços públicos.” (GALETTI, 2004:58).

A experiência santista:

A transformação da saúde mental desenvolvida em Santos a partir de 1989 é emblemática, pois teve de fato, a proposta de substituir⁴⁷ o modelo hospitalocêntrico e manicomial por diferentes estruturas e dispositivos que prescindiam da estrutura hospitalar. Fortemente influenciada pela reforma italiana, esta experiência “(...) partindo da desmontagem do manicômio, como síntese da “instituição a ser negada” projeta na construção da saúde mental como território de cidadania, emancipação e reprodução social.” (NICÁCIO, 1994:24).

Para a equipe que realizou a intervenção na Casa de Saúde Anchieta, em 1989, por onde se deu o início do processo de *desconstrução*, foi fundamental a influência italiana de “reabilitar o contexto”, intervindo na vida cultural da cidade e transformando valores sociais e culturais. Segundo Nicácio (1994:110), a proposta era de que: “o processo de transformação cultural na relação com a loucura se fizesse a partir da convivência direta, de agenciamentos, de projetos comuns – o diálogo não como discursos ideologizantes, mas como a possibilidade cotidiana de estar - com”.

Uma das estratégias foi a criação do *Centro de Convivência TAMTAM*, com o objetivo de contribuir na transformação institucional, gerando “acontecimentos”⁴⁸ no interior da instituição.

⁴⁷ Conforme explicitado anteriormente (cf.n.6), o termo “substitutivo” foi adotado em Santos para definir os diferentes projetos voltados para a atenção psicossocial (NAPS, Cooperativas, etc.) que visavam promover a inserção social da clientela assistida e a transformação cultural da relação entre a sociedade e a loucura, se abstendo do hospital como recurso. Posteriormente, a Portaria 336/02 se “apropriou” deste conceito para definir os novos serviços de atenção psicossocial, denominando-os genericamente de CAPS, abandonando o termo NAPS utilizado nas portarias anteriores (189/92 e 224/92).

⁴⁸ *Acontecimento* é definido como “ato, processo e resultado da atividade afirmativa do *Acaso*”. (BAREMBLITT, 1994:151) Este por sua vez é um “modo de devir que se caracteriza por ser aleatório, imprevisível e incontrolável”

Neste centro foram desenvolvidas varias ações, além de atividades artísticas e expressivas que buscavam tematizar o universo da loucura. Segundo Nicácio e Kinker (1997), a partir deste dispositivo, desdobraram-se uma série de projetos como: o *Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS*, o projeto de moradia *Casa Comunitária*, a *Rádio TAMTAM*, (constituída por profissionais e usuários) e a *Cooperativa Paratodos* onde se buscava uma ruptura da cultura da “tutela institucional”, em direção à noção de “tutela como direito à saúde”, conforme afirmava Basaglia

“(…) entender a tutela como momento de emancipação e não mais de repressão; emancipação no sentido de que a pessoa, quanto mais necessitada de proteção, tanto mais deve ser colocada em condição de viver positivamente a própria “minoridade” para reconquistar ou recuperar autonomia e responsabilidade”. (BASAGLIA, 1992; apud NICÁCIO e KINKER 1997:121)

A experiência mineira:

Outra experiência que merece destaque é a experiência mineira de reformulação da assistência associada ao trabalho sociocultural de “desconstrução” da concepção e representação social da loucura. Bastante influenciada pela referência italiana e pela psicanálise, o projeto assistencial mineiro, menos radical que o santista, desenvolveu-se a partir da noção de *rede substitutiva* e de uma proposta de tratamento clínico e social da loucura, apoiando-se nos princípios do SUS.

A partir da década de 1990 foram abertos hospitais-dia, ambulatórios, Centros de Convivência, e em 1994 o primeiro Centro de Referência em Saúde Mental - CERSAM de Belo Horizonte. (GUERRA, 2004). Segundo Guerra (2004:43), a proposta do projeto político-assistencial mineiro é possibilitar que os usuários façam no CERSAM ou no Centro de Saúde o tratamento *strictu sensu*, ao mesmo tempo em que busquem, a partir dos Centros de Convivência, dar os primeiros passos em direção a cultura, à produção e ao trabalho⁴⁹.

(BAREMBLITT, 1994:150). O acontecimento como ato, processo e resultado, advém de conexões aleatórias que escapam as normas e procedimentos, ou seja, ao instituído. Este conceito, derivado da Psicoterapia Institucional, mostra a influência que teve esta abordagem na experiência santista.

⁴⁹ A respeito dessa experiência, ver também os trabalhos de LOBOSQUE (2003) e SOALHEIRO (1997).

3.1.2. As Conferências Nacionais de Saúde Mental

A **I Conferência Nacional de Saúde Mental** foi realizada em julho de 1987 no Rio de Janeiro, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, em março de 1986, em Brasília e do Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, naquele mesmo ano (1987), ou seja, em um contexto de luta pela efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS e de criação do Movimento Nacional de Luta Antimanicomial. A questão central, naquele momento estava focada na mudança do modelo hospitalocêntrico e no reconhecimento da cidadania dos usuários, não havendo espaço para discussão de questões relacionadas à *saúde e trabalho*, como a reorganização e transformação do trabalho em saúde mental. Os dois temas básicos foram: “Economia, Sociedade e Estado: impactos sobre a saúde e doença mental, reforma sanitária e reorganização da assistência à saúde mental” e “Cidadania e doença mental: direitos, deveres e legislação do doente mental”.

A **II Conferência Nacional de Saúde Mental** realizada em dezembro de 1992, após a implantação do SUS tendo, portanto, incorporado seus princípios como orientadores do novo modelo de assistência em saúde mental. Os temas discutidos foram: *rede de atenção em saúde mental; transformação e comprimento de leis; direito à atenção e direito à cidadania*.

Fica evidente a influência da tradição basagliana no texto deste relatório quando se buscam ações que visem a *desinstitucionalização* do trabalhador de saúde mental reconhecendo a “organização do trabalho” como principal dispositivo.

No capítulo “*Dos trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e da pesquisa*” é reconhecida a importância de “ênfatar temas de saúde e trabalho” e “estimular grupos de reflexão, onde profissionais de saúde mental possam repensar suas práticas” e define o trabalho em equipe multiprofissional. Para tanto, deve-se garantir “espaço para atualização, intercâmbio, pesquisa supervisão de equipe e contato dos profissionais com suas entidades “no sentido de romper com a alienação e burocratização do trabalho” além de “propiciar que associações populares e profissionais lutem juntas por condições e organização de trabalho adequadas e coerentes com as mudanças na atenção, na direção da construção da cidadania dos pacientes e dos profissionais”: “buscar que as equipes de saúde estimulem a criatividade e horizontalidade

em laços solidários, proporcionando relações de trabalho que favoreçam a emancipação do campo terapêutico”. (BRASIL, MS,1994:37)⁵⁰

Em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, é aprovada a Lei 10.216, que redireciona a assistência e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, impondo um novo ritmo ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira.

A **III Conferência de Saúde Mental** realizada nesse mesmo ano de 2001, em Brasília, teve ampla participação de usuários, trabalhadores, movimentos sociais e familiares; quando então foram pactuados democraticamente os princípios e diretrizes do novo modelo de atenção em saúde mental.

Neste momento, o panorama da Reforma é considerado de desenvolvimento desigual em termos de *fiscalização*, *desinstitucionalização* e *criação de serviços*. Portanto, algumas prioridades são apontadas como: (1) instalação de novos serviços, (2) iniciativas coordenadas de suporte social para a desinstitucionalização dos cerca de 40 mil pacientes, com ênfase na criação de “serviços residenciais terapêuticos”, (3) ênfase no controle social, de modo à “coibir abusos e desrespeito dos direitos humanos e de cidadania”; construção de direitos, incluindo “alternativas de lazer, moradia e trabalho” e “desconstrução do estigma”

O Relatório final: *Cuidar Sim, Excluir Não – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, humanização e controle social* propôs novos dispositivos e estratégias de atenção em saúde mental por todos os municípios brasileiros ligados ao SUS, de forma a constituir uma rede de atenção psicossocial integrada e substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, de base comunitária, práticas interdisciplinares e multiprofissionais,⁵¹ com ofertas complexas de atenção médico-social e defesa dos direitos de cidadania dos usuários, sob a diretriz da reabilitação psicossocial (BRASIL/MS,2002).

Defende-se também neste documento, uma política de recursos humanos para a saúde mental, com qualificação e capacitação continuada, supervisão clínica e institucional; remuneração justa; superação de formas verticalizadas de gestão; além de incorporação de temas específicos relacionados à saúde e saúde mental, segurança do trabalhador em saúde mental, envolvendo ações de prevenção e assistência. (RAMMINGER, 2006:45)

⁵⁰ Também é desenvolvida neste Relatório uma temática relativa aos “direitos trabalhistas” visando assegurar a inclusão do tema de saúde mental do trabalhador de forma ampla (não específica para os trabalhadores de saúde) nas políticas públicas, na legislação e nos serviços de saúde.

⁵¹ Equipe mínima composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e terapeuta ocupacional.

3.1.3. Um novo Modelo de Atenção Psicossocial

A aprovação da Lei e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental trouxeram uma maior visibilidade para a Reforma Psiquiátrica, contribuindo para a consolidação de um novo modelo de atenção em saúde mental no país.

- (1) *Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)* – modelo de serviço escolhido como estratégico da política nacional em saúde mental para substituir o modelo hospitalocêntrico⁵². São serviços abertos, com funcionamento 24 horas em todos os dias da semana; *equipe multiprofissional e interdisciplinar; de base territorial e comunitária*. Deve desenvolver ainda atividades e projetos de inserção social da clientela e ações voltadas para seus familiares em projetos personalizados e acolhedores, respeitando as diferenças regionais, iniciativas locais, de familiares e articulações intersetoriais que potencializem suas ações.
- (2) *Atenção Básica em Saúde Mental* – por meio dos Programas de Saúde da Família e (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS) a saúde mental passa a ser objeto de intervenção da atenção básica em saúde através dos conceitos que orientam tais práticas de cuidado: *integralidade da atenção, cobertura e responsabilidade territorial*.
- (3) *Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral (UPHG)* – apesar de diretrizes para a criação de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, ainda é bastante insuficiente face à demanda e aos 1.970 leitos ainda existentes em hospitais psiquiátricos⁵³. Mais presente em pequenos municípios em casos de intoxicação por abuso de drogas e de sua agudização.
- (4) *Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)* - também chamadas de Moradias Assistidas ou Lares Abrigados para egressos de hospitais psiquiátricos com transtornos mentais graves, vínculos sociais precários, assistidos por uma equipe de técnicos, como forma de garantir a reinserção na vida em comunidade⁵⁴.

⁵² Como já foi dito, a Portaria nº 336/02 homogeneizou o termo CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) como modelo de serviço substitutivo, em detrimento de outros termos que caracterizaram outras experiências distintas, mas não menos importantes como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) em Santos e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental, de Belo Horizonte. Esta portaria define diretrizes para o funcionamento dos CAPS por porte (capacidade operacional para atendimento) e clientela: CAPS 1 (em municípios com população entre 20 e 70 mil /hab) CAPS 2 (70 e 200 mil/hab) e CAPS 3 (mais de 200 mil/hab.) CAPsI (crianças e adolescentes) e CAPsAd (pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e drogas).

⁵³ Fonte: MS/CSM, 2005 in RADIS: *Comunicação em Saúde*, nº38, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, out./2005:18.

⁵⁴ O principal programa de desospitalização foi criado em 2003, é o “*De Volta para Casa*”, do Ministério da Saúde; que garante um salário mínimo aos egressos de hospitais psiquiátricos com mais de dois anos de internação desde a data de implementação do programa. As residências terapêuticas passaram de menos de 50 em 2000 para 320 em

- (5) *Cooperativas de Trabalho/ Trabalho Protegido* – A garantia do direito ao trabalho é uma das questões centrais nos processos de construção da contratualidade, do protagonismo e de um novo lugar social para a loucura. Estas estratégias visam a potencialização do trabalho como estratégia de inclusão social dos usuários. As cooperativas têm sido a principal estratégia utilizada, além de programas de capacitação profissional e trabalho assistido. Os pressupostos do trabalho cooperado, principal estratégia de inserção social vão ao encontro das demandas da clientela: *respeito à singularidade e diferença; cooperação; solidariedade e responsabilidade pelo produto gerado*⁵⁵. (BRASIL/MS,2005.b). No entanto, esse ainda constitui um grande desafio para a Reforma Psiquiátrica, carecendo de diálogo e articulação de diferentes atores e recursos interinstitucionais. (BRASIL/MS, 2007)
- (6) *Lazer, Arte e Cultura* – O lazer, a arte, a música e os meios de comunicação configuram instrumentos dessa estratégia. Desenvolvimento de projetos de expressão artística e cultural visando “novas formas de sociabilidade” e “produção de autonomia”. A partir da inserção no território e para além dele, **essas** estratégias “potencializam a conquista de uma sociedade ainda pouco familiarizada frente o convívio com a loucura”. (ALVES E GULJOR, 2004:234)⁵⁶.

Alguns dados apresentados por Alves e Guljor (2004) parecem relevantes para caracterizar o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira atual:

2005. (dados:RADIS: Comunicação em Saúde. *Reforma Psiquiátrica é lenta mas avança*. nº38, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, out/2005:13).

⁵⁵ Em 1999, a partir de uma mobilização para a sustentabilidade das cooperativas foi aprovada a Lei nº 9.867/1999 que “dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais visando à integração social dos cidadãos”. Existem hoje cerca de 239 experiências de geração de renda e inclusão social pelo trabalho mapeados pelo país. Ver também: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Saúde Mental e Economia Solidária: Inclusão pelo trabalho*. Secretaria de Atenção à Saúde; Depto de Ações Programáticas Estratégicas Brasília: Ed. do M.S, 2005.134 p. (Série B. Textos básicos de Saúde).

⁵⁶ Existem hoje cerca de 60 centros de em funcionamento, estando a maioria concentrados nos municípios de Campinas, São Paulo e Belo Horizonte. Entre 2003 e 2006 o MS promoveu a avaliação dos Centros de Cultura e Convivência e, desde 2005, há uma recomendação para inclusão destes nas redes de atenção em saúde das grandes cidades brasileiras com população superior a 200 mil hab. Apesar de ser considerado um dispositivo potente e efetivo na inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, sua implantação depende de uma política de financiamento ainda em construção e de uma resposta pública mais efetiva. A partir de 2006 está em curso uma política de financiamento articulada ao Programa de Pontos de Cultura do Ministério da Cultura. (BRASIL/MS,2007:21).

Tabela 1. Leitos psiquiátricos em Hospitais Psiquiátricos/SUS:

Ano	1991*	1996*	2001**	2004**
<i>Nº de Leitos</i>	85.037	67.462	56.755	52.406

Fonte: * COSAM /DAPS/SAS/MS, 1996 ** Ministério da Saúde, *Saúde Mental no SUS: Informativo de Saúde Mental*, n13, fev./2004.

Tabela 2. Evolução do Número de CAPS:

Ano	1991*	1996**	2001**	2004***
<i>Nº de CAPS</i>	4	154	295	515

Fonte: * COSAM /DAPS/SAS/MS, 1996 ** Ministério da Saúde, *Saúde Mental no SUS: Informativo de Saúde Mental*, n13, fev./2004. *** ASTEC/SAS/MS – *Relatório Técnico/2003*⁵⁷.

Tabela 3. Evolução entre Gastos com a Rede Hospitalar e Rede Substitutiva em Saúde Mental:

Ano	1997	2000	2004
Rede Hospitalar-total de gastos (%)	93,14%	84,18%	63,86%
Rede Substitutiva-total de gastos (%)	6,86%	15,82%	36,16%

Fonte: DATASUS/IBGE/ASTEC/SAS.

3.1.3.1. *Oficina Terapêutica*⁵⁸ como dispositivo de cuidado

Entre os novos dispositivos criados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, as *oficinas* merecem destaque na medida em que deu origem à experiência em análise.

A partir dos anos 90, as oficinas são amplamente adotadas em serviços substitutivos de atenção psicossocial como novos “métodos e técnicas terapêuticas visando à integralidade da atenção” e orientado por “valores éticos, substituindo o modelo tradicional” (BRASIL, 2004:242).O quadro abaixo busca sintetizar diretrizes gerais do processo de trabalho em oficinas terapêuticas:

⁵⁷ Atualmente este dispositivo se afirma como a principal estratégia assistencial do MS, tendo atingido a marca de mais de 1.000 CAPS espalhados por todo território nacional.

⁵⁸ Como assinala Guerra (2004:31) a noção de “terapêutico” passou por “metamorfoses ideológico conceituais”, da idéia pineliana originária de “cura da doença mental”, passando pelo conceito de “promoção da saúde mental” da psiquiatria preventiva norte-americana até chegar na noção, de “ampliação das possibilidades de trocas sociais”, originária da psiquiatria democrática italiana e que nos é tão cara. No entanto, a autora ressalta que essa “metamorfose conceitual” não necessariamente segue uma linha evolutiva, mas constituem “camadas geológicas diferentes que convivem no mesmo campo.”

Objeto	Meios	Finalidades
“Existência-sofrimento”. em relação ao corpo social”	atividades grupais ⁵⁹ em CAPS; Centros de Convivência e Lazer e Cooperativas Sociais e território	Socialização Convivência Expressão Geração de Renda Inclusão Social Autonomia / Cidadania

Suas origens vêm de experiências internacionais e nacionais desenvolvidas no âmbito da reabilitação e abordadas anteriormente no capítulo II. Guerra (2004:36) acredita que o longo tempo de marginalização deste trabalho no país (até meados da década de 80) deveu-se à preponderância do enfoque medicalizante, fortalecido pelas multinacionais da indústria farmacêutica e pela entrada maciça do enfoque psicanalítico ortodoxo como abordagem privilegiada no meio psiquiátrico tradicional, da “lógica privatizante” dos serviços. Considera também, a orientação organicista da formação nos cursos de saúde universitários/ técnicos.

Nos últimos tempos, as *oficinas* vêm sendo tomadas como importante objeto de reflexão no campo da saúde mental, sendo apontadas como principais dispositivos de transformação do cuidado, de inserção social dos usuários e mediação do diálogo entre o universo da loucura e a sociedade (RAUTER, 2006; GALETTI, 2004; COSTA e FIGUEIREDO, 2004).

“O recurso oficina, de caráter múltiplo e heterogêneo, tem encontrado solo fecundo para sua disseminação geralmente em instituições identificadas com o ideário da Reforma, desempenhando um papel fundamental nos trabalhos institucionais, promovendo uma ampliação nos limites de atuação e contribuindo na elaboração de novos sentidos para clínica.” (GALETTI,2004:17)

No entanto, Galetti (2004:22) adverte que “a naturalização da prática de oficina, muitas vezes tomada a priori como instrumento na desconstrução da prática manicomial, tem o duplo efeito de apassar o dispositivo, mais do que torná-lo disruptivo nas intervenções institucionais”.

De acordo com a pesquisa de Lopes (1996, apud GALETTI, 2004:31-32), por não ter uma fundamentação teórica e um modelo de funcionamento bem definido, a oficina é um dispositivo essencialmente construído por usuários e técnicos no cotidiano, aonde a diversidade de atividades existentes vem se delineando basicamente em dois campos: o *clínico* e o *reabilitador*. No primeiro campo – o *clínico*, os instrumentos e técnicas são utilizados como facilitadores da

⁵⁹ Envolvendo teatro, música, cerâmica, costura, artesanato, passeios, festas, etc.

expressão do sujeito; já no campo *reabilitador*, os projetos se voltam para o trabalho e geração de renda, visando à inserção e reinserção social do sujeito. No entanto, a autora ressalta que no encontro entre trabalho e terapia, o primeiro vem ocupando historicamente um papel normatizador e disciplinador no campo social, propondo que como pré-condição para a desconstrução do modelo hospitalocêntrico, se discuta o trabalho como processo coletivo e solidário, de criação e ação sobre o mundo, produção de vida e cultura.

Em outro exemplo, ao analisar as concepções sobre a relação entre trabalho, arte e terapia, Galetti cita a pesquisa de Rocha (apud GALLETTI, 2004:33-34) ao verificar que a terapia mantém uma “supremacia” histórica em relação aos outros campos, sendo o trabalho e arte “utilizados como instrumentos terapêuticos da clínica e subordinados ao paradigma tradicional”. Costa e Figueiredo (2004:9) acreditam que:

“(…) nossa principal tarefa é possibilitar oportunidades de inserção do produto na rede de trocas simbólicas que lhe conferem valor. Esse valor, de início, não é necessariamente monetário. Gerar renda pode ser desejável, mas há uma tarefa preliminar a essa etapa, referente ao valor atribuído por cada um à sua produção. Devemos portanto, considerar o valor simbólico do produto, isto é sua função simbólica em oposição à idéia de pouco valor, como entendida no senso comum. O produto se faz simbólico quando escapa ao automatismo, da pura repetição, do sem-sentido; quando é tornado público, investido pela cultura e pelas relações sociais.”

Abre-se assim um novo campo de possibilidades, mas também de dúvidas e incertezas, onde a afirmação de um novo projeto de saúde mental para rede pública precisa estar atento à realidade de sua operacionalização e que, como nos fala Soalheiro (2004:13) “passa necessariamente pelo diálogo entre os diferentes atores – o que nem sempre é tarefa simples.”

Alguns autores (RAUTER, 2006; SOALHEIRO, 2004; GALETTI, 2004; ALMEIDA, 2004, VALLADARES et al 2003; VALERO, 2001; LOBOSQUE, 2001.b; entre outros) vêm reafirmando a necessidade de problematização das práticas em oficinas, pois estas “operacionalizam conceitos, apreensões, valores, concepções que numa determinada cena estão em jogo (...) tornando-se lugar por excelência, do encontro dos discursos de quem cuida e de quem é cuidado.” (ALMEIDA, 2004:168) Nessa perspectiva, o que parece ter importância é o *processo*, ou seja, *como* em meio a avanços, adversidades e limitações (e também à loucura) os sujeitos buscam novas formas de trabalhar e viver

Nesse momento, podemos avançar lembrando as questões norteadoras da pesquisa: em que condições trabalhadores e usuários se mobilizam na criação de novas práticas no campo da saúde mental? Que sentidos estão sendo produzidos a partir das mesmas? Que desejos, interesses e necessidades estão em jogo? Que avanços e desafios podem ser evidenciados quanto ao processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira? Pois lembrando as palavras de Amarante (1997:165):

“Se fosse oportuno neste contexto complexo, questionar-se quanto ao principal objetivo da Reforma Psiquiátrica, talvez fosse possível responder que seria transformar as relações que a sociedade, os sujeitos e as instituições estabeleceram com a loucura, com o louco e a doença mental, conduzindo tais relações no sentido da superação do estigma, da segregação, da desqualificação dos sujeitos ou ainda, no sentido de estabelecer com a loucura uma relação de coexistência, de troca, de solidariedade, de positividade e de cuidados.”

CAPÍTULO IV

O CENÁRIO DA PESQUISA: O CAMPO DA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Tendo em vista a natureza social e ideológica das práticas, os capítulos anteriores servirão de “pano de fundo” para a compreensão das transformações das práticas e discursos que são reatualizados nos diferentes contextos. Neste capítulo é apresentado o campo da Saúde Mental no município do Rio de Janeiro, a partir de alguns marcos históricos, diretrizes e particularidades que compõem seu processo de crise e reestruturação⁶⁰.

Situado na região sudeste do Estado do Rio de Janeiro, o município do Rio de Janeiro tem 1.255,3 km² e aproximadamente 6.136.652 habitantes (IBGE/2006), tendo como principais fatores preocupantes para a gestão municipal: as desigualdades sociais, distribuição de renda e recursos assistenciais. (CARVALHO et al, 2004:8).

Pode-se dizer que a cidade do Rio de Janeiro é um dos principais cenários do desenvolvimento, apogeu e declínio da Psiquiatria asilar brasileira. Alguns fatos marcantes comprovam esta afirmação, tais como: realização do primeiro diagnóstico da situação dos loucos no país organizado pela Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (1830); criação do primeiro hospício do país, o Hospício de Pedro II⁶¹, na Praia Vermelha (1852) e das primeiras colônias de alienados do país e da América Latina, na antiga Ilha do Galeão, atual Ilha do Governador, e nos anos 20, o primeiro núcleo da Colônia Juliano Moreira, batizada em 1935, com o nome de seu fundador em Jacarepaguá. (AMARANTE, 1998b; HIDALGO, 1996).

Paradoxalmente, a cidade também é palco de um processo progressivo de *desconstrução* do modelo e paradigma psiquiátricos como demonstram alguns fatos e experiências de crítica que marcaram a história da psiquiatria no país, entre eles: a partir da década de 50 o trabalho “marginal” desenvolvido por Nise da Silveira, no antigo Hospital Pedro II e na Casa das Palmeiras e criação do Museu de Imagens do Inconsciente. No fim dos anos 70, a emergência de denúncias das precárias condições de assistência e organização da 1ª greve do setor público da

⁶¹Em 1890, com a chegada dos republicanos ao poder, o antigo hospício deixa de ser subordinado ao poder da Igreja representada pela Santa Casa de Misericórdia, passando à administração pública. Nessa passagem, mudando também sua denominação para Hospício Nacional dos Alienados. (AMARANTE, 1998:76).

saúde pós-abertura política, nos anos 80, a criação do “Espaço Aberto ao Tempo”⁶², como espaço de experimentações artísticas e clínicas dentro de uma enfermaria psiquiátrica do Hospital Pedro II.

Ainda cabe citar a realização do I Encontro Estadual de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro, em 1986, no Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ) e no ano seguinte da I Conferência Estadual de Saúde Mental, em 1987 na Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) quando se deu a organização do MTSM e do Movimento da Luta Antimanicomial entre outros. Tais fatos demonstram como o Rio de Janeiro foi ao longo do tempo, se constituindo em um dos principais centros de resistência ao modelo asilar e hospitalocêntrico. (AMARANTE, 1998).

Crise e reestruturação

A assistência ambulatorial psiquiátrica municipal, após uma recente expansão nos anos 80, apresentava-se como alternativa precária de bloquear a expansão do modelo hospitalar, passando por um processo de sucateamento e perda de profissionais. O efeito desse processo foi a criação de um circuito de cronificação e farmacodependência desta clientela, do qual a gerência de saúde mental não ocultava ciência.

“Sabemos que é necessário humanizar o atendimento ambulatorial, com o fim das filas de espera, do atraso e do absenteísmo de profissionais, da oferta de consultas de curtíssima duração, de absurda periodicidade de seus agendamentos, da medicalização excessiva, com distribuição de medicamentos descontrolada e espasmódica.”(LIBÉRIO e FAGUNDES, 1997:35)

A reestruturação da assistência à saúde mental no Rio de Janeiro teve início, de fato, em 1995, quando então a Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ) assumiu a gestão incipiente do SUS que se encontrava bastante descompassada frente a outras experiências locais de reforma psiquiátrica que proliferavam pelo país. O início do processo foi precedido por um amplo trabalho de levantamento de recursos sociais, sanitários, educacionais, culturais, de lazer entre outros e do primeiro “Censo dos Internos dos Hospitais Psiquiátricos”, em parceria com o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) e a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP / FIOCRUZ).

⁶² Sobre esta experiência específica, ver: WANDERLEY, Lula. O dragão pousou no espaço. Rio de Janeiro: Rocco, 2002.

Através deste censo buscou-se conhecer e caracterizar a população interna de forma a servir de base para o planejamento e criação de estratégias de transformação da atenção à saúde mental. O Relatório do Censo apresentou informações alarmantes quanto às condições de “existência” desta população tais como: péssimas condições de higiene, arquitetura desumana, maus tratos, agressões, usos indevidos de eletrochoques, abandono, abuso de medicamentos e uma assistência centrada basicamente em uma estrutura hospitalar⁶³, onde a gerência se viu diante da

“(...) imperiosa necessidade de inversão do modelo instituído, onde o volume de recursos consumido na manutenção do dispositivo asilar dificultava a disponibilidade de investimentos na assistência extra-hospitalar, seja na reorganização da rede ambulatorial, seja na construção de serviços intermediários.” (LIBÉRIO e FAGUNDES, 1997:30).

A implantação dos CAPS

A partir de 1997, foram criados os primeiros CAPS, sendo o primeiro inaugurado em Irajá e denominado de CAPS Rubens Corrêa. Em sua concepção inicial, este novo dispositivo foi apresentado pela gerência como:

“(...) algo mais que uma alternativa ao modelo hospitalar predominante, funcionando de forma a evitar as internações psiquiátricas e diminuir sua reincidência, mas, sobretudo, por possibilitarem o desenvolvimento de laços sociais e interpessoais essenciais para o estabelecimento de novas possibilidades de vida.” (LIBÉRIO e FAGUNDES, 1997:33).

Outras importantes considerações foram feitas a respeito das características arquitetônicas, administrativas e organizacionais na montagem dos CAPS, tais como, dar prioridade “ao vínculo, à *afinidade* entre os trabalhadores em um projeto comum e que não fosse esquecido o desafio de construir uma cultura e um modo inovador de lidar com a loucura” através do exercício de “uma atitude de estar sempre em crise”. (LIBÉRIO e FAGUNDES, 1997).

No final dos anos 90, o desafio do Programa de Saúde Mental no município ainda era a modificação do modelo hospitalocêntrico e de uma atenção voltada para a “prevenção do nervoso” e atendimento de “casos mais leves”, em detrimento dos casos mais graves (psicoses) e de risco psicossocial. Para dar conta de tantos desafios, buscou-se inicialmente a mudança do

⁶³ A assistência psiquiátrica brasileira contava na época com 5.636 leitos, sendo 2.958 no setor privado, que consumia mais de 19 milhões de reais anuais, estando em 3º lugar na lista de despesa hospitalar no município (idem, ibidem: 30-35)

modelo tradicional e precário de atendimento ambulatorial para o modelo de atenção ambulatorial territorial em Saúde Mental, de forma a ampliar a atenção à demanda. (CARVALHO et al, 2004:7).

No entanto, segundo a gerência, as medidas tomadas não foram suficientes para a construção de uma rede assistencial resolutiva, integral, hierarquizada e humanizada, procurando então outras formas de estabelecer processos de trabalho e ferramentas de gestão a favor da Reforma Psiquiátrica. (CARVALHO et al, 2004:8). Desta forma, os esforços de reestruturação da assistência no município voltaram-se também para a criação de serviços residenciais terapêuticos, lotação e reposição de profissionais na rede e supervisão das equipes.

Nesse contexto, muitos serviços foram extintos e outros foram criados ou tiveram que se adaptar às exigências do processo de municipalização do governo federal (1996/2000).⁶⁴ No entanto, a desinstitucionalização é um processo social complexo que demanda esforço contínuo e persistente criação e consolidação de uma rede de atenção substitutiva e resolutiva e enfrentamento e relutância de alguns gestores em assumir responsabilidades.

Novas diretrizes para a organização da Rede de Atenção em Saúde Mental

De acordo com os princípios da *intersetorialidade* e *integralidade* da atenção, as recomendações apontam para o envolvimento de todos os atores sociais envolvidos na transformação da assistência em saúde mental para a afirmação de uma “cultura de rede”.

“Nos tempos atuais o que parece provocador não são propriamente novidades em termos das questões-chaves a serem enfrentadas. Afinal temas como ampliação das condições de acesso para os usuários, efetivação da substituição do modelo asilar, formação de recursos humanos, organização de uma rede conseqüente de cuidados, enfrentamento dos impasses clínicos desvelados nos atendimentos aos pacientes entre outros ainda fazem parte da nossa agenda. O que parece novo, ou pode ser tomado como tal, é a extensão de nossas questões-chave para todos os seguimentos do campo – gestores, supervisores, profissionais “da ponta” e de todos os outros mais

⁶⁴ Entre eles, a Casa de Saúde Dr. Eiras, no município de Paracambi/RJ é destacado como importante exemplo do processo de municipalização em curso. Sob intervenção do gestor municipal, em parceria com a Secretaria do Estado de Saúde do Rio de Janeiro e apoio do Ministério da Saúde desde junho de 2004, de desativação de leitos que em outubro de 2000 contabilizavam 1510 leitos, atualmente possui 533 leitos. (MS/CGSM. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Disponível http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_gestao_saude_mental_2006.pdf. Acesso em abril de 2007.p.1-85).

que têm sido inseridos nas tramas desse campo.” (FERREIRA et al, 2004:18-19)

Assim, a partir de 2002, a rede de atenção em saúde mental ampliou-se, passando a contar com equipes dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) voltadas para o atendimento da população no território e com Fóruns Locais de Saúde Mental em cada área de planejamento (AP)⁶⁵ do município com objetivos de:

“(...) partilhar responsabilidades entre os diferentes atores: gestores locais e nível central, profissionais de saúde e usuários, outras instituições e atores locais envolvidos, como as áreas de educação, e assistência social, conselhos tutelares e de defesa dos direitos, judiciário, ongs, etc.” (CARVALHO et al, 2004:8).

Inovações

Aliando a premissa do “trabalho territorial em rede” a uma forte tradição cultural típica da cidade, trabalhadores e usuários de diferentes serviços de saúde mental no Rio de Janeiro começam a criar projetos e ações socioculturais coletivas que extrapolam os serviços de saúde, adentrando e estabelecendo trocas no território, em articulação com outros atores sociais (associação de moradores, universidades, mídia, etc) fora do campo da saúde mental.

O depoimento de um técnico do Instituto Philippe Pinel a respeito da experiência recente de organização de um bloco de carnaval - ‘TÁ PIRANDO, PIRADO, PIROU!’ põe em evidência como trabalhadores e usuários vêm criando maneiras inovadoras de viver, trabalhar e se relacionar, construídas coletivamente, imbuídas de afeto e criatividade:

“Em 2005 surgiu o desejo de transpor os muros e se misturar ao movimento de revitalização do carnaval de rua do Rio de Janeiro, que há pouco mais de 6 anos vem transformando o cenário da cidade no mês de fevereiro, mudando o rumo de uma festa que se tornava cada vez mais elitizada, para inglês ver e celebridade aparecer. O primeiro passo foi a aproximação entre duas instituições de saúde mental que embora vizinhas se conhecem pouco. Logo na primeira conversa com os Cancioneiros do IPUB, veio a certeza de

⁶⁵ O município do Rio de Janeiro possui cinco áreas de planejamento (AP) distribuídas por regiões administrativas contando com um quantitativo populacional aproximado por área respectivamente de (AP.1) Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão e Paqueta /268.280 hab (AP.2) Botafogo; Copacabana, Lagoa, Tijuca, Vila Isabel, Rocinha / 997.478 hab. (AP.3) Ramos, Penha, Inhaúma, Méier, Irajá, Madureira, Ilha do Governador, Anchieta, Pavuna, Jacarezinho, Complexo do Alemão, Maré 2.353.590 hab. (AP.4) Jacarepaguá, Barra da Tijuca, Cidade de Deus / 682.051 hab. (AP.5) Bangu, Campo Grande, Santa Cruz, Guaratiba, Realengo /1.556.505 hab. (IBGE, 2007).

que era possível colocar o bloco na rua e a vontade de que esse bloco resultasse de uma criação coletiva, envolvendo usuários e funcionários dessas instituições, além de moradores do entorno e quem mais quisesse participar. Partiu de um usuário a primeira sugestão de nome para o bloco – que posteriormente viria a ganhar o concurso para eleição do nome definitivo: “Eu penso que o nome pode ser ‘TÁ PIRANDO, PIRADO, PIROU!’”(…) A celebração dionisíaca da vida que o carnaval encarna tem na loucura uma prima irmã”. Dando vazão ao lado alegre da loucura, uma iniciativa como essa se contrapõe ao sofrimento excessivo que tantas vezes persiste não obstante nossos melhores esforços. Parafraseando Foucault, nos momentos em que o gesto louco se expressa por meio da irreverência, da criatividade e da vitalidade, “a obra não falta”. Franco Rotelli escreveu certa vez que não há melhor centro de atenção psicossocial do que um mercado popular, com sua profusão de odores, cores, ruídos e trocas humanas de toda sorte. Esse foi o espírito em que foi concebido o “Tá pirando”

Por fim, a *práxis* da desinstitucionalização permanece suscitando questionamentos sobre a nova configuração no campo da saúde mental no município:

“(…) o trabalho do profissional de saúde mental que atua hoje no serviço público é cada vez menos óbvio. Seus limites e atribuições são reconsiderados a cada nova situação que se apresenta. (...) para boa parte dos profissionais este questionamento revela o quão complexa é a tentativa de efetivar – na prática clínica – o que se tenta sustentar no plano teórico e político.” (FERREIRA et al, 2004:19).

CAPÍTULO V

O COTIDIANO DA PRÁTICA: O CENTRO PSIQUIÁTRICO DO RIO DE JANEIRO (CPRJ)

“Um discurso é feito de falas e silêncios, de palavra e de pausas, igualmente relevantes na comunicação, o entendimento da fala do outro também depende de nossos silêncios interiores, enquanto aquiescência ao nosso não-saber. Quando se nega o desconhecido em favor do que nos é familiar, ou seja, quando se procura encobrir nosso não saber com os nossos conhecimentos prévios e idéias prontas, se perde não somente a chance de aprender novos conteúdos, frutos desta delicada interação com o outro, mas principalmente se compromete a interação em si mesma. Enquanto experiência presente de encontro com o inédito.” (ROZEMBERG,1995:04)

Neste capítulo são apresentados resultados da pesquisa e evidenciados os sentidos produzidos por técnicos⁶⁶ e usuários envolvidos diretamente no cotidiano da prática em análise - o grupo Harmonia Enlouquece.

O cotidiano é aqui entendido como palco da vida institucional, no qual o processo de Reforma Psiquiátrica avança, buscando transformar as relações, valores, conceitos e atitudes em busca da produção de um cuidado integral e ético. Este, não se limita aos saberes especializados, às políticas específicas ou às diretrizes dos serviços de saúde mental, sendo também marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. Portanto, a apreensão deste processo passa pelo desvelamento do espaço “micropolítico” das relações de trabalho e tratamento envolvendo as inter-relações entre seus diferentes atores - técnicos, usuários, instituição e comunidade/sociedade.

A escuta e interpretação da narrativa e a observação do fazer dos sujeitos que aí vivem e que foram se revelando ao “olhar estrangeiro” da pesquisadora, constituíram a principal matéria prima desta etapa da investigação, pois permitiram a apreensão do conjunto de representações, valores, atitudes e hábitos desse coletivo. Assim, a partir do ponto de vista contextualizado dos atores e do arcabouço teórico e histórico delineado nos capítulos anteriores, efetuamos a análise.

⁶⁶ Por *técnicos* estão referidos os trabalhadores especialistas e por *trabalhadores*, os não especialistas, incluindo pessoal de apoio técnico e administrativo que fazem parte do campo da saúde mental.

5.1. Os sujeitos da pesquisa

Participaram como sujeitos da pesquisa: 03 técnicos e 05 usuários integrantes do Grupo Harmonia Enlouquece⁶⁷. Os técnicos são funcionários públicos e possuem diferentes formações (psicologia, música, musicoterapia, medicina, psiquiatria, psicanálise e gestão técnico-administrativa). Todos têm longo tempo de experiência profissional no campo da saúde mental e coletiva e em serviços públicos de saúde mental. Dois deles mantêm uma carga horária de 20 horas semanais no serviço e o outro possui carga horária integral. Em relação ao tempo de trabalho neste serviço: um deles possui 07 anos e os outros dois, estão desde sua abertura, há cerca de 09 anos. Todos desenvolvem funções de coordenação técnica neste serviço⁶⁸.

Os usuários têm entre 28 e 54 anos, o que significa que todos estão em plena fase produtiva de suas vidas. A formação varia de ensino médio incompleto a nível técnico. A maioria teve experiência prévia de trabalho e/ou desenvolve atividade de forma irregular e no momento estão afastados e/ou aposentados por invalidez, devido ao diagnóstico de doença psiquiátrica. Os diagnósticos psiquiátricos são variados, sendo que todos eles têm vivência de internação psiquiátrica. A maioria não possui filhos, moram com suas famílias e dela recebem algum tipo de apoio, excluindo o mais velho dos integrantes que mora sozinho. Todos são usuários do Hospital-dia, onde participam de oficinas terapêuticas e atividades variadas, com frequência média de 03 vezes por semana.

A existência de uma relação prévia com a música (como atividade no âmbito do trabalho e/ou tratamento) não é uma constante entre os técnicos e os usuários, apenas 05 a tinham. A entrada dos sujeitos no grupo se deu, em geral, por vontade própria a partir de convites de outros integrantes e/ou encaminhamento pós-internação, em momentos distintos da trajetória do grupo ao longo dos seus seis anos de existência.

⁶⁷ O grupo possui ao todo 13 integrantes (entre técnicos e usuários), sendo que apenas 08 foram selecionados obedecendo os critérios de inclusão e exclusão.

⁶⁸ Chamou atenção que um dos técnicos usou o termo “grupo” para referir-se a equipe multiprofissional formada por: terapeutas ocupacionais, psicólogos, musicoterapeutas e fisioterapeutas sob sua coordenação. O técnico, ao descrever o processo de acolhimento na enfermaria incluiu os “usuários em crise que estejam circulando” como integrantes do “grupo de acolhimento” de novos pacientes. Tal fato serviu de dado para a pesquisa, pois revela uma atitude profissional pautada no modo psicossocial de cuidado, de busca de horizontalidade das relações, onde o usuário mesmo em crise, é reconhecido como sujeito. Durante a pesquisa outros indícios foram confirmando mudanças no modo de *cuidado* e nas relações entre usuários e técnicos.

5.2. Descrição do ambiente da pesquisa: o Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ)

O reconhecimento do espaço arquitetônico do serviço foi realizado em um dia especialmente reservado para tal. Foi acompanhado por dois usuários, que de forma muito gentil, percorreram com a pesquisadora e forneceram explicações adicionais a respeito das atividades e rotina diária do serviço. Neste dia, foi possível participar do Acolhimento no Hospital-dia, atividade grupal realizada diariamente pela manhã, reunindo usuários e técnicos onde são apresentados e discutidos temas do cotidiano dos usuários e técnicos. Segundo um usuário é “uma das atividades mais importantes do hospital”, pois “junta todo mundo em um espaço para discutir as coisas”.

Mesmo estando localizado no bairro da Saúde, zona portuária da cidade e de frente a uma agradável praça de nome Harmonia, a primeira vista, a estrutura física do hospital não parece acolhedora. No entanto, os portões abertos e a placa “CPRJ – em Harmonia com a Saúde”, convidam o visitante a entrar e aos poucos, a imagem do hospital psiquiátrico como um lugar onde “o tempo não passa”, local de grande tristeza, solidão e abandono vai ficando para trás.

O prédio de dois andares, em forma de U, possui um pátio central por onde muitas pessoas circulam o dia todo. No primeiro andar, bem na entrada à direita, em volta deste pátio, a primeira coisa que se vê é uma cantina chamada “Harmonia Mix”, onde usuários se revezam no atendimento a clientela.

À direita, atrás da cantina, estão a Emergência, a Enfermaria de Crise⁶⁹, algumas salas de atendimento individual e banheiros. À esquerda, ainda na entrada, uma pequena placa em cima de uma “janelinha” sinaliza a Farmácia e outras indicam a localização da sala da Direção e o Ambulatório. Atravessando o pátio vê-se a Recepção, mais algumas salas de atendimento individual, o Serviço Social, um “velho” Auditório e o Refeitório.

Subindo uma escada, até o segundo andar, chega-se no Hospital-dia, onde logo se vêem pinturas bonitas e coloridas nas paredes que dão vida a um espaço estranho, velho e frio. Há aí outra Recepção, salas de atendimento em grupo e individuais, banheiros masculino e feminino, uma pequena biblioteca com alguns computadores, mesas de jogos e uma pequena cozinha.

Há pequenas divisórias onde são realizadas atividades e oficinas, onde se vêem os trabalhos (pintura, cerâmica, fuxico, etc) dos usuários e que fazem questão de mostrá-los aos visitantes.

A sala da Direção situada no primeiro andar é separada por uma porta de vidro, por onde se vê uma ante-sala, onde trabalha uma pequena equipe administrativa. Ambas as salas são repletas

⁶⁹ Segundo Dell’Aqua e Mezzina (1991) a noção de *crise* em psiquiatria não se detém a uma questão biológica, devendo ser considerada a organização psiquiátrica existente na área e momento histórico particular.

de quadros feitos pelos usuários, fotos e recortes de jornais afixados em dois grandes murais, que mostram ao visitante a importância que o Grupo Harmonia Enlouquece tem para o serviço e que, este já tem muita história para contar.

Em geral, há um clima agradável e um ambiente, de cordialidade e informalidade entre as pessoas. Chama a atenção, que técnicos e usuários quase não fumam (hábito tão comum em pacientes psiquiátricos); o que sugere que talvez não haja tempo, ou que não se precise tanto da “companhia do cigarro” neste serviço. Como nos fala Rotteli et al (2001:33) embora estes detalhes pareçam simples, percebê-los e evidenciá-los torna-se fundamental para a compreensão de que:

“A desinstitucionalização é, sobretudo um trabalho terapêutico, voltado para a reconstituição das pessoas, enquanto pessoas que sofrem, como sujeitos. Talvez não se ‘resolva’ por hora, não ‘se cure’ agora, mas no entanto seguramente ‘se cuida’.

5.3. Entre o *prescrito* e o *real* na organização da atenção e do cuidado: produção de sentidos sobre o processo de trabalho e tratamento

“Concretamente se transformam os modos pelos quais as pessoas são tratadas para transformar o seu sofrimento, porque 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.” (ROTTELI et al, 2001:29).

5.3.1 Dos “escombros” à co-construção de um “projeto institucional”

Contrariando o processo de municipalização da assistência (1996/2000), o Centro⁷⁰ Psiquiátrico do Rio de Janeiro foi criado em 1998 como serviço público estadual, a partir do

⁷⁰ O termo *centro* é utilizado para caracterizar unidades de saúde que oferecem no mesmo espaço físico diferentes serviços como: hospital-dia, enfermagem, ambulatório e emergência. Além do CPRJ, o município do Rio de Janeiro

processo de decadência e extinção de um antigo ambulatório federal localizado na mesma região (AP.1), tendo absorvido sua clientela.

O Governo do Estado cedeu um espaço para a implantação do novo serviço que se encontrava em péssimas condições, sendo este literalmente “reconstruído” com a participação de técnicos e usuários recém chegados⁷¹ que se envolveram desde a criação do projeto arquitetônico e institucional da unidade até a restauração física (pintura, emboço, etc). Este momento foi lembrado pelos entrevistados e pareceu tê-los marcado, pois se sentiram protagonistas do processo de construção de um “novo” projeto assistencial.

“Eu digo que era um buraco abandonado, um buraco de rato. E nós fizemos toda essa mudança, né, construímos tudo, passo a passo, né, a comida, o restaurante, que eram quentinhas entregues ali na sala de enfermagem (...). Então a gente começou já no CPRJ isso [referindo-se ao slogan Cuidar Sim – excluir não] que vai desde tratar, de receber a família, integrar (...)” (técnico 3)

“A gente chegou aqui e tava tudo caindo aos pedaços e alguns técnicos, que estavam preocupados da gente estar nesse ambiente tão do jeito que tava perguntaram se a gente tinha vontade de fazer junto, a limpeza e a pintura. (...) esse projeto aqui das salas do hospital-dia, eu desenhei para uma pessoa lá da direção, eu fiz o desenho todo. Me perguntaram como eu gostaria que fosse o hospital dia, o diretor deixou eu e outro usuário fazermos como a gente queria que fosse. Algumas idéias a gente colocou no papel. Eles aceitaram e fizeram. Eu acho que a gente se sente meio dono do lugar, mais a vontade. É como se agente construísse uma casa para gente.” (usuário 3)

“Fui convidado a coordenar a emergência. Não tinha nada, e o diretor me convidou. Enfrentou resistências, achavam que não tinha condições de trabalhar. (...)” (técnico 2).

Em um dos documentos são destacados alguns princípios orientadores do serviço:

“A noção de *aliança* e *parceria* são conceitos chaves. Pensamo-no como um sistema, com vários serviços interdependentes, fazendo parte de uma “*rede*” maior. A noção do *trabalho em equipe*, do uso dos vários ângulos, dos diferentes modelos de recursos é algo também compreendido como essencial Na *crise* e no *cotidiano* procuramos fornecer suporte a clientela e suas famílias de forma a sustentar e

mantém mais 03 unidades de atendimento com este perfil: Instituto Philippe Pinel, Instituto Municipal de Assistência à Saúde Mental (IMAS) - Nise da Silveira e a Colônia Juliano Moreira.

⁷¹ Dentre os nossos entrevistados, dois técnicos e três usuários vivenciaram este processo.

viabilizar o processo de Reforma do Modelo Assistencial no campo da Saúde Mental. Acolhendo suas demandas e diariamente discutindo-as com a clientela e seus familiares, procuramos disponibilizar uma escuta de suas necessidades. Desta forma, procuramos ter os usuários, familiares e membros da comunidade inseridos na discussão do Projeto assistencial.” (CPRJ, doc2).

Os enunciados demonstram que inicialmente o processo se mostrou congruente com os pressupostos de um novo modelo de atenção em saúde mental voltado para integralidade do cuidado. Houve uma preocupação por parte da gestão em “co-construir” um espaço físico e um projeto institucional diferenciado, que buscando valorizar os saberes dos técnicos, trabalhadores, dos usuários e da comunidade, favoreceu a emergência de relações diferenciadas entre estes e o novo serviço que se instituía, articulando diferentes interesses e necessidades.

Projeto Institucional e regime de funcionamento do CPRJ

O Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro (CPRJ) apresenta como *missão*⁷² “promover o atendimento à crise e as demandas do cotidiano da clientela” oriunda da AP. 1 e AP3. 1⁷³, de forma ágil, humanizada e resolutiva. Para tanto, a atenção e o cuidado são estruturados de forma integrada, articulando seus serviços internamente e externamente à Rede Municipal de Atenção à

⁷² De acordo com Campos (2005.a: 136) *missão* é a finalidade considerada principal pelas organizações; o que lhes dá sentido e significado e que justificam o conjunto de práticas realizadas.

⁷³ Fazem parte da Área Programática AP.1 as seguintes regiões: Zona Portuária, Centro, Rio Comprido, São Cristóvão, Paquetá e Sta.Teresa, além de grande complexo de comunidades carentes chamado Complexo de São Carlos. Possui área territorial total de 3.440 h e população total de 268.280 habitantes Conta com os seguintes recursos de assistência a saúde mental: 02 Centros de Atenção Diária em Saúde Mental (um estadual e um municipal), 02 PAMs, 04 Centros Municipais de Saúde, 01 UIS, 01 Posto de Saúde, 03 Hospitais Municipais, 01 Hospital Estadual, 01 Hospital Maternidade, 01 Instituto de Atenção à Mulher, 01 equipe de PSF e 06 equipes de PACS. (SMS/SASS/CPSM – RJ. “Lista das Unidades da Rede Municipal de Saúde”, março/2007). A AP 3.1 subdivide-se em 03 regiões: Leopoldina Norte, Sul e Ilha do Governador, com área territorial de 7.554,94 há e população de 559.178 habitantes. Possui um grande número de comunidades carentes concentradas em 03 grandes complexos (Alemão, Maré e Vigário Geral), em condições precárias de desassistência em diferentes níveis, tendo a violência como um dos mais graves problemas enfrentados pela população. Conta com 02 CAPS, 02 PAMs, 01 Policlínica, 02 Centros Municipais de Saúde, 03 Pronto Socorros, 02 Hospitais Municipais, 01 Hospital Estadual, 01 Hospital Federal, 01 hospital Universitário, 02 institutos de pesquisa e 01 Centro de Saúde Escola, além de um quantitativo total de 40 equipes de PSF e de PACS para atender toda a demanda da área. (fontes: Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos – Armazém dos Dados. Disponível em: <http://www.rio.rj.br/ipp>. Acessado em abril de 2007; SMS/SASS/CPSM - RJ. “Programas de Saúde Mental – Rede Atual”, maio/2007 e SMS/SASS/CPSM – RJ. Fragmentos do Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1., v.1. Rio de Janeiro, 2004:28).

Saúde Mental, atendendo ainda grande parcela da população da região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. (CPRJ, doc1)⁷⁴

Para tanto, o CPRJ conta com serviços de: Recepção, Emergência, Enfermaria de Crise com 22 leitos para internação de casos agudos e urgências, Ambulatório, Hospital-dia, Equipe Volante e Serviço Social. Além dos serviços de Emergência e Enfermaria de Crise que funcionam 24 horas nos sete dias da semana; o serviço mantém o Hospital-dia funcionando de 2^a a 6^a, em turnos das 08:00h às 15:00h e sábados das 09:30 às 11:30 horas. Dessa forma, os usuários recebem atenção diária e noturna e atendimento ambulatorial (de caráter esporádico) variando de acordo com suas necessidades e de sua família.

O serviço conta ainda com uma equipe de emergência composta por 01 médico coordenador de emergência; 26 médicos psiquiatras⁷⁵ (sendo 08 diaristas), 01 médico clínico diarista; 07 enfermeiros, auxiliares de enfermagem, 02 psicólogos e 06 agentes terapêuticos. Conta também com uma equipe multiprofissional formada por psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, musicoterapeutas, fisioterapeutas, nutricionistas e profissionais não especializados na área de saúde mental (dançarinos, artistas, músicos), além de pessoal que desenvolve atividades de apoio-administrativo, limpeza, manutenção e segurança⁷⁶.

5.3.2. O processo de acolhimento e a construção de vínculo

Tendo em vista a frequência com que o termo *acolhimento* surgiu nos relatos, adotamos o termo como referência para descrever o processo que se inicia na chegada do paciente ao serviço. Este, tanto pode se dar de forma espontânea ou por encaminhamento de outras instituições e serviços que compõem a rede territorial de atenção. A Enfermaria de Crise, mesmo sendo um setor de emergência, ou seja, de entrada do usuário no serviço, possui um projeto de acolhimento bastante particularizado, propondo-se a acolher o usuário não apenas para uma futura transferência.

O paciente ao chegar à Enfermaria de Crise, além de ser medicado, é recebido por três pessoas, “podendo ser um terapeuta, um musicoterapeuta, um artista ou um usuário que esteja circulando”. (técnico 1).

⁷⁴ Neste documento consta o desenho orgânico da Unidade que se estrutura em 08 coordenações inter-relacionadas à direção, visando uma maior autonomia das equipes de: Emergência, Serviço Social, Administração, Planejamento, Ambulatório, Hospital-dia, Enfermaria e Enfermagem.

⁷⁵ Sendo 18 plantonistas, 02 por dia em regime de plantão 24 h nos 07 dias da semana.

⁷⁶ Não foi possível obter dados a respeito do quantitativo de pessoas que são acompanhadas regularmente e/ou se beneficiam de alguma forma do serviço, seja em consultas no Ambulatório ou em atividades no Hospital-dia.

Uma equipe multiprofissional desenvolve atividades expressivas que se desdobram para outros espaços como Ambulatório e Hospital-dia, com a intenção de desenvolver “dispositivos mais potentes” que auxiliem na mudança da visão do tratamento, no fortalecimento dos encaminhamentos e construção de projetos terapêuticos⁷⁷ melhor direcionados.

Além de reuniões semanais com os técnicos para avaliação das atividades, são realizadas reuniões diárias com os familiares dos pacientes internados a fim de fornecer esclarecimentos a respeito do seu estado e orientações sobre continuidade e implicação dos familiares no tratamento. Uma preocupação nesse setor é contribuir para “uma maior inserção da equipe de enfermagem no atendimento multidisciplinar, bem como nas relações com os técnicos que atuam na enfermaria, visando assim um atendimento digno e humanizado ao paciente em crise” (CPRJ, doc1).

Um dos usuários relata sua experiência de acolhimento na Enfermaria de Crise, após anos sem internação e de tratamentos sem continuidade, onde se pode perceber reflexos da qualidade do acolhimento realizado.

“Depois dessa internação, eu descobri um tratamento de psiquiatria muito mais avançado do que se fazia no tempo em que eu tinha sido internado. Porque sempre me internavam eu ficava muito preocupado com meu destino, o que vai acontecer da minha vida? O que encontrei aqui foram duas coisas muito importantes. Primeiro: grandes amigos, pessoas muito boas. Não só entre técnicos, mas principalmente entre usuários. Pessoas com muita história, muita vivência, muita sabedoria e muita humanidade e também nos próprios profissionais que têm me tratado de uma maneira muito melhor do que eu era tratado naquela época. Eu tenho visto ainda em outros lugares que as pessoas são tratadas muito mal. Eu encontrei toda uma situação aqui que em muitos aspectos era muito melhor do que a minha família, que a minha roda de amigos. Eu percebi uma perspectiva de relacionamento humano (...)”(usuário 5)

A partir de um novo olhar e forma de processar o cuidado, de maneira humanizada e integral, que percebe o sujeito em sua complexidade, como alguém que tem história, desejos, determinadas condições de vida, sociais, econômicas, culturais, etc., o processo saúde/doença vai podendo ser ressignificado. Dessa forma, o estigma que acompanha a doença mental, associando-a à condição de incapacidade, alienação, desvario, alheamento e o hospital

⁷⁷ O “projeto terapêutico” visa atender o princípio de *integralidade* do cuidado, de acordo com a Lei 10.216/2001 que determina: “o tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros”; adequando ainda às demandas e necessidades dos usuários e familiares.

psiquiátrico como lugar de grande sofrimento, maus tratos, isolamento e abandono e que povoam o imaginário social, também vai podendo ser desconstruído pelos sujeitos que passam pela experiência e/ou convivência com a doença mental nesse novo contexto assistencial.

“No início, quando eu cheguei aqui no hospital, quando eu vi a psiquiatria, eu cheguei muito assustado... fiquei com medo, né? Medo do estigma não sabia o que tava acontecendo comigo (...) é uma barreira, entendeu? Acho que lá fora, tem muita gente que ainda pensa isso, como eu pensava, porque não conhece, não viveu. Eu acho que é da ignorância mesmo, não é só da ignorância maldosa... [É] por ignorância de não saber. Eu tive que estar passando por esse problema, estar convivendo com isso e agora com mais aceitação da doença que eu porto. (...) mas eu fui bem recebido, *as pessoas me acolheram* legal e convivendo dentro do hospital, eu comecei a me aproximar das pessoas aqui dentro, eu acabei arrumando amigos aqui dentro, comecei a me envolver nas oficinas (...)” (usuário 4).

“A minha chegada foi no mês de setembro de 1997, lá no outro serviço que acabou. (...) Daí eu já pude conhecer a Reforma Psiquiátrica, já tava dentro da Reforma Psiquiátrica, né. O tratamento do hospital-dia, do jeito que eles me tratavam lá eu já vi que não era um bicho de sete cabeças (...)” (usuário 2).

“No começo eu ficava fazendo desenho com o F, era um cara que me acolheu, na parte do desenho, ele era cooperativado. Então ele me acolheu me ensinou assim, me conduziu na parte da pintura, pela bondade interna dessa pessoa. Muito compreensiva. Quando eu fazia uns riscos feios, me dava uma raiva, rasgava, quebrava tudo. Ele vinha: não, nunca rasga nenhum desenho ou pintura suas, pois aqui tá o seu dia emocional, você tá brigando com o desconhecido, você tá querendo se encontrar” (usuário 1).

A atitude de acolhimento adquire mais fortemente o sentido de *responsabilização* e assume função primordial em casos como o relatado a seguir. Depois de duas internações no início dos anos 70, após uma tentativa de suicídio aos 12 anos, passou anos sem se internar, tendo experimentado diversos tratamentos (psiquiátricos, psicoterapêuticos e psicanalíticos) durante muitos anos, sem, no entanto, ter estabelecido qualquer tipo de vínculo. Desde os 22 anos resolveu abandonar o tratamento tradicional à revelia de sua família e começou a praticar meditação transcendental, considerada por ele uma “medicina perfeitamente evoluída”. Em 2004, “após alguns incidentes em casa” logo em seguida ao falecimento de seu pai, o paciente foi internado pela família neste serviço. Após a internação e estabelecimento de um bom vínculo

com o serviço, o usuário pode enfim, dar sentido para seu sofrimento revelando um rico processo de *desconstrução* do paradigma psiquiátrico.

“(...) eu nunca mais procurei e é claro que eu tive mesmo a intenção mesmo de jamais procurar qualquer tipo de serviço de saúde, fazer qualquer tipo de tratamento psicológico, psiquiátrico, terapêutico, até porque eu comecei a ter muito mais conhecimento dessa coisa da mente, os ensinamentos médicos que ensinavam e eu percebi que não se tratava de doença. Essa coisa de você dizer, por exemplo, que o mongolóide é doente, que deve fazer operação nele, tratar, que não deveria existir é uma barbaridade! O reino animal todo tem indivíduos mongolóides, sararas, não é uma doença, é uma coisa normal, faz parte da vida. Entre os animais você tem indivíduos esquizofrênicos, indivíduos mongolóides, neuróticos. Será que a gente conseguiria sobreviver se conseguissem eliminar essas pessoas? Será que não é uma questão de atitude? Eu entendi que isso tudo era ódio das pessoas disfarçado de uma maneira eu to chamando de ódio como um termo geral... pois quando você quer tratar uma pessoa, quando você rejeita a pessoa de uma maneira digna de ser do jeito que ela é, de ser uma pessoa boa do jeito que ela é você quer mudar essa pessoa, porque ela é ruim e não deveria existir então isso me parece ser um ódio disfarçado. Isso vem ao longo de muitos anos; faziam essas coisas de exorcismo, tacavam fogo nas pessoas, tinha uns manicômios antigos e o Pinel que teve piedade dessa gente e começou a tratar como doentes, porque até então, não era considerados doentes, né? Mas isso também pode servir como tem servido na minha maneira de pensar, para você excluir mesmo essas pessoas indesejáveis (...)” (usuário 5).

Como nos fala Goldberg (1996:112), nesse momento é fundamental que o serviço e a equipe sejam capazes “de reconhecer um mecanismo crucial de funcionamento da doença, uma dificuldade intrínseca em posicionar-se num fluxo de relações, que impede o indivíduo de projetar-se em um quadro de referências intersubjetivas”. O técnico que acompanha o usuário faz referência ao desafio que o caso representa para a instituição e para ele, enquanto profissional:

“Ele não aceita medicação e que eu acho que ele tem todo direito de não aceitar medicação e que até pouco tempo atrás nenhuma instituição abria espaço para pessoa freqüentar se ela não estivesse conseguindo seguir o tratamento e tomando suas pílulas, subordinado a tutela da instituição. (...) a gente fica instigado como um desafio pra tentar resolver. Que espaço eu posso oferecer, como eu posso manter uma pessoa assim, porque afinal de contas o sofrimento é dele. A gente trata essas coisas de maneira impositiva, porque as pessoas não toleram que as pessoas, às vezes, não tenham condição mesmo de se organizar. Mas no caso dele, um cara que mora só, tá procurando a instituição, tá precisando da

instituição, ta questionando se deve ou não tomar remédio, o que a gente pode fazer? Enfiar remédio goela abaixo? Então é outro desafio e uma luz de aprendizagem para mim. Talvez daqui a pouco eu possa entender o que ele veio fazer aqui, como eu pude ajudar ele e se vier outro como é que eu vou fazer...” (técnico 2).

A partir da Lei 10.216/01 ⁷⁸, o usuário passou a ter o direito de escolher como quer ser cuidado. Desta forma, o tratamento deixa de ser uma imposição e passa a ser uma alternativa, uma escolha pessoal de seu “modo de andar a vida”. Tal mudança diz respeito à substituição de uma relação de *tutela* para a construção de uma relação de *contrato* voltada para o cuidado, o respeito e solidariedade, uma clínica que não seja uma estratégia de normalização e disciplinamento, como atenta Amarante (2003:60). Hoje, os usuários não só conhecem seus direitos, como também buscam se posicionar:

“É uma coisa ridícula você chegar para um paciente e dizer para ele que ele tem que fazer aquele tratamento. Isso é um absurdo! A ciência não tem esse grau de certeza. Você pode ajudar a pessoa, propor, mas dizer que ela tem que fazer isso, me parece um grande exagero e uma coisa violenta, inclusive de violação dos direitos humanos, né?” (usuário 5).

O exemplo deste usuário é bastante elucidativo, considerado como um “desafio” atualmente para o campo da Saúde Mental, o caso é positivado e transformado em aprendizagem para o técnico, que mantêm uma atitude de recusa a objetivação e ao reducionismo do sujeito à doença – ousando manter “a clínica entre parênteses”, para efetivamente acolher e se responsabilizar pelo usuário.

Segundo Boff (1999: 21) através da tecnociência o ser humano criou “um complexo de Deus” e, não contente com isto, “comportou-se como se fosse”. No relato do técnico que acompanha este usuário, essa questão emerge como um reconhecimento da falácia da instituição psiquiátrica em dar conta do seu projeto:

“A gente vive prometendo que vai deixar as pessoas curadas e infelizmente as pessoas acreditam nisso – na doença mental, você ter uma expectativa de mudar uma estrutura, é a mesma coisa que brincar de Deus e brincar de maneira charlatã! (...) A gente segue esse caminho de tentar liberar as pessoas da malha da instituição, da malha do tratamento,

⁷⁸ A Lei 10.216/01 que redireciona o modelo de assistência psiquiátrica, regulamentando o cuidado especial com a clientela egressa de instituições psiquiátricas e prevê a punição para a internação involuntária ou desnecessária. (BRASIL/MS, 2004)

que embota a força de vida, a expressividade, a espontaneidade, fingindo que o tratamento vai dar nisso, muitas vezes não dá, muitas vezes ele tira! As pessoas ficam embotadas, andando de um lado para o outro à ermo, à deriva.” (técnico 2)

5.3.3. Relações humanizadas frente à cronicidade

Lidar com a cronicidade pode se tornar penoso para o técnico, fazendo com que este se defronte com o limite do seu não saber-fazer, da incapacidade de oferecer respostas ao sofrimento do usuário, revelando a preponderância da dimensão humana e das relações produtoras de acolhimento e vínculo no trabalho em saúde mental. (MERHY, 2003)

Os usuários percebem que os técnicos também se mobilizam por não saber muitas vezes como lidar com determinadas situações trazidas por eles.

“Hoje mesmo eu tava na reunião e uma técnica tava falando: – “Eu não agüento mais, vocês só me falam maluquice”! Eu quero vocês bem... eu não quero que vocês vão embora daqui, mas eu quero vocês bem, entendeu? Só falam da porra da maluquice! Eu quero que vocês também se desvinculem(...) A doença psiquiátrica é assim, você hoje me põe bem, mas amanhã você me põe mal, então você tem um efeito iô-iô, você morde e assopra. Você quer se livrar de mim, mas você sabe que eu estou de volta. Nós somos tão sensíveis quanto vocês são, só que para nós qualquer coisa, temos assim uma bola de neve, que vai crescendo e vocês tentam contornar, mas aquilo ali pra gente parece que tá sendo inútil” (usuário1)

No relato abaixo, pode-se perceber que a qualidade das relações entre técnicos-usuários é identificada como a principal estratégia de cuidado, e que nesse novo contexto assistencial, adquirem um sentido altamente “terapêutico”

“Quando um paciente chega assim muito crítico e você é um tipo de pessoa que tem um vivenciamento dentro do processo psiquiátrico dessa pessoa e você tem *afeto*; você começa a trabalhar com *afeto*, às vezes, o *afeto* predomina muito mais, às vezes mais que o próprio remédio (...)” (usuário 1).

As falas demonstram também que a atitude de *acolhimento* ultrapassa a relação técnico-usuário, envolvendo todo o sistema institucional, nos diferentes espaços de inter-relações do serviço (inter-equipes, equipe-gestão; gestão-comunidade; equipe-comunidade).

“(...) além de coordenar o grupo, eu não faço uma função só de coordenar, eu sempre quis estar na atividade, até para poder entender e discutir com meus pares.” (técnico 1)

“Não sei se por ser menor, existe aqui uma integração maior. A visão do diretor, ele participa de tudo. Aqui nós temos na direção também a porta aberta, onde entram não só os funcionários, mas o familiar, o doente, tem acesso direto à qualquer momento que queira conversar com a gente. Isso era uma coisa que não existia na outra instituição que eu trabalhava. Eu que sempre fui uma pessoa de confiança da direção, qualquer coisa, era difícil você entrar no gabinete e falar com o diretor. Aqui não, a gente tem essa coisa que a gente está sempre andando, a gente está tocando (...)” (técnico 3)

Assim, as noções de trabalho e tratamento vão aos poucos perdendo o sentido reduzido de busca de “solução-cura”, calcado em relações de tutela, custódia e disciplina; e passam a ser percebidos como um conjunto complexo e diversificado de ações e atitudes voltadas para o cuidado que permeiam as relações entre todos os atores envolvidos no sistema institucional.

Tal como nos fala Rotteli et al (2001:31) “o processo de desinstitucionalização mobiliza todos os atores envolvidos no sistema de ação institucional”. Os principais atores são os técnicos que trabalham no interior da instituição, transformando “a organização, as relações e as regras do jogo exercitando ativamente o seu papel terapêutico”, assim também “os pacientes se tornam também atores e a relação terapêutica torna-se uma fonte de poder”.

Dessa forma, o modo de organização da atenção e do cuidado no serviço aponta para a construção de uma relação humanizada que os trabalhadores, e o serviço como um todo, buscam estabelecer com os diferentes usuários, “alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde.” (MERHY, 1997:138).

“(...) hoje em dia, muitos colegas estão bem por que eu não dei mole. Eu disse pra mim que eu ia trabalhar até conseguir fazer o bem. Hoje em dia, faxineiro almoça, segurança almoça, tem lanche, tem tudo, eu também to incluído nisso. Briguei até a última gota para eles almoçarem, sem ter que trazer marmita. Todo lado ruim me adoce.” (usuário 1).

“Eu brigo muito pelos funcionários, porque eu acho que se a gente não tiver uma integração entre os funcionários... É importante a gente almoçar junto, porque cada dia eu sento com um, sei da dificuldade... porque na saúde mental acontece muito dos funcionários adoecerem... Então, hoje em dia, eu acho importante a gente ter um trabalho aqui para os funcionários, para os servidores (...), porque a gente lida o tempo todo com doença, né, a gente escuta coisas...” (técnico 3).

5.3.4. O trabalhador de saúde mental no “olho do furacão”

Dadas as conhecidas condições de trabalho nos serviços públicos de saúde em nosso país envolvendo condições mínimas (às vezes inexistentes) de suporte técnico-organizacional, os trabalhadores são cada vez mais impelidos a empreender um sobre-esforço para realizar seu trabalho e se realizar como indivíduo e profissional.

Os estudos que tomam como foco o trabalhador⁷⁹ de saúde mental vêm demonstrando que não são poucas as queixas de sofrimento por dilemas vividos diante de uma “utopia ativa” antimanicomial e a dura realidade do cotidiano de quem trabalha diretamente com complexas demandas de cuidado. (MERHY, 2003, RAMMINGER, 2006; BERNARDES e GUARESCHI, 2004; KODA, 2003; SCARCELLI, 1999).

Estudos constataam que ele constrói sua identidade profissional por diferentes discursos e práticas que caracterizam um campo em permanente transformação, atravessado por incertezas, sofrimentos e resistências, mas também por possibilidades de invenção, criação e prazer.

“É um espaço tenso por estar habitado por diferentes formações discursivas, desde a crença de que cuidar é uma forma de caridade (discurso religioso), passando pela afirmação de que é a ciência que pode falar do tratamento da loucura (discurso científico), até o entendimento de que não basta apenas conhecimento técnico-científico, mas também implicação política e afetiva com a construção de um outro modo de se relacionar com a loucura (Reforma Psiquiátrica)”. (RAMMINGER, 2006:92)

Não há mais lugar para a produção burocrática e compartimentalizada no cuidado em saúde mental, pois o trabalhador é convocado o tempo inteiro a atuar junto a uma demanda cada vez mais diversa e complexa. Seu agir envolve questões que não dizem respeito apenas ao seu âmbito

⁷⁹ Por trabalhadores de saúde mental aqui se entende todos os agentes de cuidado a população, incluindo-se do setor administrativo, de manutenção até a direção.

técnico de atuação, mas à qualidade de vida que se deseja não apenas para usuários, mas para si e para novas relações com a loucura que urgem serem construídas em outros espaços sociais. Portanto, o trabalhador que atua hoje nos novos serviços de saúde mental parece estar de fato, como disse Merhy (2003), no “olho do furacão”, pois a atitude de cuidado implica necessariamente uma forte mobilização subjetiva, o comprometimento de seu corpo e seu desejo de estar ali e “estar com”.

O “amor pela profissão”, “prazer em ajudar o próximo” e “ver um mundo melhor” surgem como pré-condições para uma atitude de *cuidado* por parte do profissional de saúde.

”Uma coisa que me dá prazer é ajudar ao próximo, isto sempre foi meu carro chefe. Eu costumo dizer que sou uma pessoa muito harmônica, não só em casa, na família, no trabalho, eu gosto de integrar todo mundo (...) trabalhar com relógio não adianta. Eu vejo isso aqui, todo mundo que entra no CPRJ tem que ter um astral diferente, cada um se dedica no que faz, faz porque gosta, não é nem por ser bem remunerado, porque não é isso aqui. Faz por amor” (técnico 3).

“A intenção dos médicos é ver um mundo melhor para as pessoas. Eles às vezes saem do plantão, cansados e vêm, é aquela coisa de amor pelo negócio” (usuário 1)

No entanto, apesar do objetivo prioritário da *desinstitucionalização* ser prioritariamente “transformar as relações de poder entre técnicos-usuários-instituição”, tanto técnicos como usuários percebem que na maioria das instituições de saúde mental o modelo médico-psiquiátrico de tratamento ainda mantém sua hegemonia e tende a reforçar as desigualdades e diferenças existentes entre técnicos e pacientes.

“(...) a gente ainda não conseguiu estabelecer uma competência na psiquiatria e nem uma crítica de que as coisas podem ser melhoradas. A grande massa ainda funciona dessa maneira. Você tem instituições públicas grandes que tem vários projetos legais e tem outras casas de saúde conveniadas que não querem nem saber... Que estão garantindo sua ocupação de 100%. Nenhum hotel no Rio de Janeiro tem [100% de ocupação], nem o mais barato, nem o mais chique, [E nestas instituições se consegue] em cima do sofrimento dos outros, embotando as pessoas, impedindo que elas sejam perto de normais.” (técnico 2).

“Você vai a hospital, ainda te tratam mal, Eu já conheci profissional assim que te entupia de remédio. Vai fazer isso no navio, afunda todo mundo! Vai fazer isso no trânsito, vai bater e você vai matar todo mundo. (...) Se você cair em algum tipo de hospital diferenciado, que você não conhece, não te conhecem, vão te tratar na dosagem. Se você

quiser fazer terapia faz, se não quiser não faz. Se você for morrer ali, você morre. Se tiver que te largar na rua como indigente você vai ficar se morrer vai ser enterrado como indigente. Porque tem casos que não liga a família, não ligam os médicos, não liga o governo. Então você fica na mão do palhaço! Mas quando você tá sendo acolhido, reconhecido, você se transforma!” (usuário 1).

5.3.5. Complexidade e diversidade do cuidado

Seguindo o pressuposto de que os problemas são *complexos* e *diversos* e que para tanto necessitam de uma “oferta diversificada de programas”, o serviço oferece um amplo leque de atividades e oficinas terapêuticas à sua clientela buscando proporcionar ao indivíduo “possibilidades de experimentar e escolher as atividades que mais lhe interessam” (CPRJ, Doc.4).

Entre elas, são oferecidas oficinas voltadas para o trabalho e geração de renda: costura, culinária, artesanato, reciclagem, cantina (“Harmonia Mix”), pintura, mosaico, etc. e outras atividades de ressocialização sem fins lucrativos como: biblioteca, acolhimento, grupo de medicação, terapia corporal, alfabetização, reforço de ensino, grupo de moradia, jornal, teatro, grupo de família, musicoterapia, oficina de sexualidade, educação alimentar, “grupo de vozes”, curso de esquizofrenia para usuários e familiares e uma atividade denominada de “sextas culturais” em que são organizados passeios quinzenais, caminhadas, etc. (CPRJ, Doc.3)

No contexto atual da Reforma, possibilitar a reinserção dos usuários no circuito da produção cultural e de trocas simbólicas tornou-se uma missão dos serviços comprometidos com a causa antimanicomial. Como afirma Lobosque (2001:19) a cultura é o campo de interface entre a comunidade e a instituição no âmbito do projeto antimanicomial

“Não se trata apenas, nem principalmente, de oferecer aos portadores de sofrimento mental os serviços adequados, hospitalares ou não. O projeto antimanicomial não se reduz a uma questão técnica ou assistencial, mas a busca de entrelaces entre a cidade e a loucura, voltados para a dimensão essencial da cidadania (...) a abordagem das experiências da loucura deve apontar para sua presença e produção no espaço da cultura”.

As artes em geral, o teatro, a dança, a música, a poesia são estratégias oferecidas pela instituição que visam ampliar as possibilidades do cuidado, onde a cura é descartada e é enfatizada a ressocialização dos usuários: “a música, a arte, com a medicação e a psicoterapia, de

forma integrada oferecem à clientela novas possibilidades em busca de harmonia e saúde, com o objetivo de estimular o processo de socialização”. (CPRJ, doc 2)

Todavia, torna-se cada vez mais evidente que a oferta de novas tecnologias terapêuticas não é garantia de que através delas realmente se estejam produzindo novos *modos* de compreender e lidar com a loucura. A respeito da influência e inspiração do importante trabalho de Nise da Silveira, por introduzir a diversificação nas atividades terapêuticas (estéticas e recreativas) junto ao tratamento psiquiátrico tradicional, um dos técnicos enfatiza que:

“Nise da Silveira foi e sempre será uma referência, no entanto o tempo de Nise era outro. Os usuários não estavam fora, estavam dentro, essa transição não existia, eles viviam ali, era outro contexto. Agora por outro lado, quando a gente usa qualquer outro tipo de atividade nós estamos preocupados sim com esse interno, a gente tá preocupado com esse interno. (...) Agora, por outro lado, em função dessa nova transição, deste novo ir e vir dos usuários, nós também entendemos que não dá para ficar simplesmente com produções, produções e produções enclausuradas Hoje o usuário quer mostrar, ele é um cidadão que está ai fora. Que tem suas relações e quer mostrar o seu quadro, e quer vender, porque ele precisa de um recurso financeiro, e como qualquer artista, se for artista, ele sobrevive daquilo que ele faz”. (técnico 1)

Apesar dos técnicos perceberem que as necessidades dos usuários mudaram, o processo de *reprodução social do paciente* (Rotteli, 2001) através da criação artística ainda demanda transformações profundas dos valores que sustentam saberes e práticas tradicionais, exigindo mudanças éticas e políticas. Tal como se pode perceber no relato abaixo

“A psiquiatria não tem cura, mas tudo a gente encontra uma forma de melhorar. Vai desde tratar, de receber família, integrar. (...) A gente tem formas de lidar, de oferecer coisas. Na crise internar, todo mundo toma remédio, tratar disso e ao lado disso buscar outras formas através da arte. Os talentos vão surgindo: um cantor, compositor, outro é pintor, outro dançarino, porque sempre cada um gosta de fazer alguma coisa, culinária, né, e fazer dele, pelo menos ele entender, participar um pouco mais daquilo que ele gosta não ficar só tomando remédio, dormindo num canto.” (técnico 3).

Dessa forma, tal como apontado por alguns autores já mencionados anteriormente, parece haver ainda uma tendência no interior do campo da saúde mental (e do próprio senso-comum) a reduzir o uso da atividade (expressiva, artística, etc) e do trabalho a um puro “entretenimento” em prol do tratamento. Por conseguinte, para os usuários as atividades expressivas e o trabalho,

quando realizados dentro do espaço do hospital, também acabam adquirindo um sentido ainda adstrito ao tratamento.

“Tenho consciência de que é uma coisa muito boa que fizeram na psiquiatria. Hoje eu tendo me recuperado, eu vejo que é uma coisa muito boa com essa manutenção de tratamento. Eu sinto que é uma coisa boa, leitura, teatro, poesia, várias outras coisas que se fazem como terapia no hospital” (usuário 2).

Entretanto, a “capacidade para o trabalho” surge em outro relato como um ganho em termos de saúde diretamente relacionado ao tratamento, na medida em que lhes permite estar no mundo, criar e estabelecer relações, produzir algo que tenha valor (no mercado capitalista de produção), enfim, viver a vida (não necessariamente de forma mais plena e com mais qualidade).

“Eu morava com o pai da minha filha. Então a partir do momento que ele foi vendo que o meu trabalho terapêutico estava rendendo lucro também, não que ele precisasse daquele dinheiro, mas ele estava vendo que aquele trabalho não estava sendo em vão, porque as pessoas não pensam no sentimento dos outros. Mas o trabalho terapêutico, ele serve também para gente melhorar e ir para um trabalho mesmo, uma fábrica, qualquer lugar (...)” (usuário 3).

Assim, de acordo com esta fala, a “fábrica” ou “qualquer lugar”, não importa o destino e o que vai fazer – pode ser um trabalho repetitivo e alienante, contanto esteja com saúde para seguir sua vida. Como diz Campos (2000:228)

“A saúde, mesmo quando entendida como um bem público, ou seja, quando lhe é socialmente retirado o caráter de mercadoria, como acontece no Sistema Único de Saúde, já que é produzida como um direito universal e não em função de seu valor de troca, mesmo nestes casos, ela conserva o caráter de valor de uso.”

A questão do reconhecimento de *valor* não necessariamente passa pela busca de um trabalho valorizado socialmente, mas pelo seu *valor de uso*, sem garantias de atendimento de suas necessidades (ou ainda da mera sobrevivência), muito menos de realização pessoal. (CAMPOS, 2005.b:50) Nesse sentido, se o objetivo da Reforma Psiquiátrica é inserir socialmente os indivíduos “excluídos” e reconhecê-los como cidadãos, a questão colocada por Rauter (2004) é absolutamente pertinente: “como fazê-lo?” E a autora se adianta na resposta:

“Por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou dar-lhes cesso aos meios de comunicação etc. Urge, portanto, dar aos pacientes oportunidades de inserção social mediante trabalho e criação artística.” (RAUTER, 2004:268).

Com isso a autora quer dizer que, não apenas para pacientes psiquiátricos, mas para o ser humano em geral, o trabalho e a arte têm a função de nos tornar agentes ativos no mundo, por permitirem romper com o isolamento do sujeito e inseri-lo em uma coletividade. No entanto, adverte que não se trata de qualquer trabalho, na medida em que precisamos estar atentos sobre em que condições isto ocorre (o trabalho “alienado” no mundo capitalista contemporâneo) e o que desejamos de fato: mera adaptação, ou inserção e expansão da vida.

Em relação à arte, também a autora nos chama a atenção do quanto é necessário pensar o *lugar* da arte no mundo contemporâneo, pois segundo ela teríamos “que colocar todas essas questões quando fazemos oficinas nas quais o trabalho e criação artística estão em jogo, ou quando queremos estabelecer relações próximas entre trabalho, criação e reinvenção do cotidiano”. (RAUTER, 2004:268)

Para Yassui (2006:172), a arte e o trabalho são duas características centrais para se refletir sobre as oficinas, pois ambos se apresentam como vitais no processo de humanização, ou seja, de inserção do homem no mundo da cultura; lembrando que ao produzirem produtos, (bens e/ou serviços), as oficinas geram também valores sociais.

5.3.6. Estratégias desenvolvidas pelo serviço frente à precariedade do Sistema de Saúde: Integralidade e Intersetorialidade

Em 2003, o serviço recebeu um prêmio pela participação no “Programa de Atenção Psicossocial à População em Situação de Rua com Transtornos Mentais Maiores”⁸⁰ junto com outras duas instituições. Sua participação se dá através da equipe do Hospital Dia, onde os residentes de psiquiatria com especialização em reabilitação psicossocial fazem uma segunda avaliação dos pacientes encaminhados por psiquiatras do Centro de Triagem de População de Rua (CTPR), a fim de verificar a pertinência de acompanhamento pelo Programa. Os pacientes então

⁸⁰ Instituído em 2000, o programa compreende além do CPRJ, o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e o Centro de Triagem de População de Rua, da Fundação Leão XIII, vinculado à secretaria Estadual de Bem-Estar Social.

são ou não inseridos no Hospital-Dia, onde participam de atividades, “destacando-se a integração que é obtida por meio do grupo musical Harmonia Enlouquece”⁸¹. Outra via de inserção do CPRJ neste Programa também se dá através do trabalho de pronto-atendimento feito pela equipe de emergência. Os resultados positivos obtidos por este programa “dos 112 pacientes em situação de rua atendidos em 3 anos, 30 % retornaram para o convívio familiar ou comunitário”⁸², demonstram que a complexidade das demandas de cuidado em saúde mental vêm sendo contornadas pela “tomada de responsabilidade” do serviço junto à rede territorial por meio do desenvolvimento de estratégias intersetoriais orientadas para a integralidade da atenção.

Por outro lado, o serviço também vem enfrentando a dura realidade e a precariedade das condições de assistência à saúde pública, não apenas no município, mas em todo o país. Segundo um dos técnicos ligado à administração, a verba destinada à saúde mental, muitas vezes não chega ao serviço, e quando chega é praticamente toda comprometida com compra de medicação, que “não pode deixar de ter” para atender cerca de quatro mil usuários por mês no Ambulatório, em um campo em que “o atendimento médico continua a ser priorizado”.

Soma-se à carência de verbas, o aumento da demanda do serviço em função da crise da AP 3.1, que vem atravessando sérios problemas de falta de pessoal em razão de aposentadorias, mortes, pedidos de demissão devido aos baixos salários, falta de concursos, etc. Uma das estratégias para suprir essa carência, a solução é a contratação de pessoal (desde pessoal técnico especializado até artistas, pedreiro, eletricista, etc) para o cargo de “artífice”, que segundo um dos técnicos entrevistados é atualmente “considerado o carro-chefe dos serviços.”

Outra estratégia encontrada para “driblar” estes problemas tem sido a criação de parcerias no território. Uma vez por mês, a comunidade se encontra em um espaço oferecido pelo Batalhão de Polícia, para tomar café da manhã, trocar informações e fortalecer parcerias. Assim, o serviço construiu uma rede social ampliada envolvendo diferentes atores da comunidade local (restaurantes, diretorias de escola de samba, mercados, gráficas, associações, organizações de comerciantes do Saara, do Banco do Brasil, do Tribunal de Justiça Especial, etc.) de onde provêm doações, serviços voluntários, etc.

Segundo informações fornecidas pela CSM/SASS do município, está sendo elaborado um levantamento dos principais problemas de saúde mental nas comunidades cobertas pelo Programa de Saúde da Família. Além disso, na área programática onde se encontra o serviço (AP.1) a rede

⁸¹ “Prêmio de Inclusão Social em Saúde Mental. Tema 2003: Esquizofrenia e Transtorno Bipolar” Disponível em: http://www.premiodeinclusao.com.br/teresult_2003, acessado em 10.03.2006.

⁸² idem, ibidem.

ainda está em fase de mapeamento dos equipamentos e articulação das ações através da implantação do Fórum de Saúde Mental da AP 1.0⁸³.

Apesar das inúmeras dificuldades enfrentadas, por duas vezes consecutivas o CPRJ foi avaliado como a melhor instituição carioca em saúde mental pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH - Psiquiatria).⁸⁴

Os relatos e as observações do cotidiano mostraram que há uma congruência entre o princípio de *integralidade* que orienta o processo de trabalho em saúde mental e coletiva e a prática desenvolvida no serviço, pois segundo Mattos (2001:57) esta

“emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria na busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que não pode ser feita sem uma perspectiva de diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus modos de perceber as necessidades nos serviços de saúde”.

Também ficou bastante evidente nas entrevistas que a qualidade do cuidado ofertado e recebido no serviço, não se limita a um amplo e atualizado repertório de recursos e/ou de avaliações externas e burocráticas; mas têm particularidades que são co-construídas nas relações cotidianas de trabalho e tratamento através de um exercício permanente de *desconstrução* e *invenção* de atitudes pautadas por valores como liberdade, cooperação, solidariedade, respeito, etc, como condições que favorecem a inovações das práticas e onde todos – técnicos, usuários, gestores e comunidade – se sentem co-responsáveis pelo êxito do processo.

“Muito bom. O que eu vou dizer? Venho aqui 2as, 4as e 6as. Participo do hospital dia, estive na enfermaria internado durante um tempo e fui transferido para o hospital-dia e aqui tenho ficado. (...) Seria o melhor lugar que eu conheci na rede pública, eu não conheci particular, mas deve ter coisa melhor. Mas da rede pública, eu não tenho dúvidas de dizer isso. É onde você tem a maior liberdade, a maior consideração e respeito pelos direitos humanos é aqui, exatamente aqui no CPRJ. (...).Aqui eles realmente dão show!” (usuário 5)

⁸³ Depoimento fornecido por Luciana Oliveira, que integra o grupo de apoio técnico da CSM/SASS do município ao programa de Saúde da Família (GAT/PSF) da AP.1 através de correio eletrônico em 21.05.2007.

⁸⁴ A Portaria GM 251/2002 institui o processo sistemático e anual de avaliação e supervisão da rede hospitalar (PNASH) especializada de psiquiatria e de hospitais gerais com enfermarias ou leitos psiquiátricos seguindo critérios de classificação baseados no porte do estabelecimento e requisitos de qualidade do atendimento quanto ao processo terapêutico, visando a reestruturação da assistência hospitalar psiquiátrica (redução progressiva dos leitos e melhoria na qualidade). (BRASIL/MS, 2004)

“É um hospital onde de A à Z quer ficar aqui, de outros estados. Porque nós aprendemos com vocês, mas muitas coisas assim que nós pacientes fizemos que os médicos aprendessem conosco. (...) eu passei a ver que o tratamento não é só remédio, a consulta, uma terapia, mas sim é todo um conjunto que precisa de organização para ter e não perder a atração.” (usuário 1)

Na fala do usuário que tinha decidido abandonar o tratamento, pode-se perceber o efeitos de uma prática “transformada e transformadora” das *relações e do cuidado* em saúde mental.

“(...) Eu realmente coloco uma grande dúvida de fazer o tratamento mental. No entanto, eu venho aqui, porque aqui eu encontro não apenas o Harmonia, mas principalmente encontro pessoas que eu tenho um relacionamento e se eu não tivesse vindo aqui eu teria muita dificuldade na minha casa, de ter amigos, então por isso eu venho aqui. Mas eu não estou com esta proposta de me curar, eu estou muito satisfeito comigo mesmo.”(usuário 5)

CAPÍTULO VI

A PRÁTICA NO COTIDIANO:

A MÚSICA COMO ESTRATÉGIA DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO - O SOM E O(S) SENTIDO(S) NA PRODUÇÃO DO CUIDADO

“A música é o elemento que vai dando essa costura desse dizer, dessa forma de ser, dessa maneira de interagir, de compreender, de saber os limites, de compreender as estratégias grupais (...) uma produção ininterrupta de sujeitos que desejam criar e que aí nos esbarramos nas situações mais adversas” (técnico 1).

Segundo Carvalho (2007), na mitologia grega, a medicina e a música “andavam juntas” representadas na figura do deus Apolo, conclamado em melodias que indicavam o caminho da cura de doenças vistas como manifestações divinas. Assim, a música era receitada através de cânticos considerados mágicos. Também Hipócrates, pai da medicina experimental no Ocidente acreditava que as patologias eram fruto de uma relação desarmônica com a natureza, onde a música era vista como capaz de restabelecer o equilíbrio relacional, a mente e as emoções. Enfim, não são poucas as referências mitológicas e filosóficas sobre os efeitos da música no combate aos males da humanidade e busca do prazer e bem estar do homem.

Para além das finalidades terapêuticas, a partir de então veremos como a música (assim como as artes em geral) vai assumindo funções cada vez mais estratégicas no processo de desinstitucionalização engendrado pela Reforma Psiquiátrica, ampliando seu potencial de ação enquanto prática comunicativa e de lazer⁸⁵.

6.1. O Projeto *Convivendo com a Música*: Convivência e Criação

Em março de 2000, um psicólogo recém concursado e especialista em musicoterapia chega ao serviço e é convidado pela direção a desenvolver alguma atividade em musicoterapia, pois o serviço tivera uma boa experiência com outro profissional que havia saído recentemente.

⁸⁵ Sobre diferentes experiências acerca do uso da música no campo da atenção psicossocial ver além do trabalho já citado anteriormente de GALETTI (2004): MALUF, J.C. Produção Artística e cidadania: a experiência do coral cênico de Saúde Mental. In FERNANDES, MIA et al (orgs). Fim de Século, ainda manicômios? São Paulo: Instituto de Psicologia da USP, 1999.p 163-169.

Naquele momento, havia uma preocupação da direção em “moldar” uma proposta assistencial diferenciada, onde buscando valorizar a produção artística da clientela, a música vinha juntar-se às pinturas, desenhos e à poesia produzidas pelos usuários.

“Há dois anos nos reuníamos para marcar este projeto envolvido pelas Pinturas e Desenhos de nossa clientela. Era época que moldávamos nosso modelo assistencial. No ano passado além das pinturas, tivemos a música como novidade. O surgimento do som vem representando a constituição do sujeito, do ir e vir de uma unidade que se propõe a se articular na rede, buscando parcerias, desenvolvendo relações (...) de afirmação de um projeto que se fundamenta em essência pelo *fazer junto*” (CPRJ, doc.2).

A ênfase na “convivência” aponta para uma finalidade típica do trabalho em oficinas terapêuticas tal como estas foram regulamentadas pela Portaria 189/91, junto aos novos serviços de atenção em saúde mental (CAPS). Segundo Leal (1999:79) há um pressuposto que orienta este tipo de atividade que entende que “o isolamento, a ruptura com o social e a impossibilidade de coletivizar experiências pessoais é produtor de sofrimento psíquico”.

O profissional apresentou à direção o “Projeto Convivendo com a Música”, cujo objetivo principal era

“(...) oferecer um espaço no qual os participantes pudessem vivenciar diversas atividades sonoro-musicais dando lugar à expressão, à criatividade e à comunicação. Trata-se de uma atividade aberta a todos da instituição, sejam usuários do próprio serviço ou profissionais, pessoas que tocadas pela música encontram-se uma vez por semana para ouvir, tocar, compor e sobretudo, estabelecer um contato rico em sentimentos e emoções através da matéria sonora.” (CPRJ, 8)

Nesta proposta, a musicoterapia ativa é tomada como embasamento da proposta terapêutica, sendo assim entendida:

“(...) O cantar e o tocar, por serem atividades lúdicas, permitem o nascimento das potencialidades criadoras, além de funcionar como reflexo de conteúdos internos, ou seja, do ponto de vista psicológico os sons resultantes dos atos expressivos provocam sentimentos e criações de imagens, acarretando uma série de respostas como medo, familiaridade, alegria, lembranças, raiva, preocupação, dentre outras, que uma vez trabalhadas, apontam para modos de ser mais saudáveis e criativos (...) cada um produz o som que deseja sempre a partir de técnicas ativas de mobilização como a recriação, a criação e a improvisação livre.” (CPRJ, doc 8).

O objetivo principal do Projeto, tal como foi apresentado, se aproxima do que Sampaio e Barroso (apud ALMEIDA et al, 2004:119) definem como *oficina auto-expressiva*: “atividades que envolvam qualquer cliente, visando o desenvolvimento do gosto artístico, da dimensão estética e da experiência lúdica.” Segundo Almeida et al (2004:119), as oficinas auto-expressivas compreendem “um espaço livre para um conjunto de experiências simbólicas e criativas do ser humano, sua capacidade de fantasiar e brincar, sem urgência, sem necessidade imediata, sem objetivo específico”, sendo que, “não há prescrição, no sentido técnico, mas recomendação geral, capaz de dissipar diferenças entre saudável/doente e entre cada forma de adoecer”.

No entanto, na medida em que o Projeto Convivendo com a Música foi inserido dentro da Enfermaria de Crise, o “espaço” oferecido passa a ser influenciado por este *setting* e pelos objetivos que se pretendem atingir com a clientela – em geral, em estado de crise psiquiátrica⁸⁶. Quanto a esta questão, Almeida et al (2004:121) esclarecem que nos casos de pacientes que apresentam quadros de psicose agudo - com prevalência de sintomas positivos (delírios, alucinações, inquietação) ou negativos (mutismo, isolamento, negativismo) nos quais há um processo de desestruturação da percepção de si e do meio - a finalidade da oficina é o tratamento, ou seja, “o controle da situação aguda leva a oficina a ter um fim e o cliente à sua rotina na comunidade e no projeto terapêutico ambulatorial”.

Além de ir ao encontro dos interesses presentes naquele momento institucional, o Projeto Convivendo com a Música representou também uma novidade para o serviço na medida em que abria um espaço coletivo de experimentação e de trocas. Assim, ainda em 2000, o Projeto teve início de forma integrada ao trabalho desenvolvido na Enfermaria de Crise, onde “já havia um núcleo da filosofia que é o CPRJ, um local de acolhimento diferenciado” (técnico 1).

Neste sentido, pode-se perceber que o Projeto representou uma proposta ousada para o serviço, na medida em que propôs abarcar experimentalmente em uma mesma atividade sujeitos, com necessidades e interesses diferenciados. No entanto, enquanto atividade em si, não podemos dizer que, de fato, este se consistiu em uma proposta inovadora, pois como vimos, nos “ateliês” de La Borde desde os anos 60 se faziam experiências riquíssimas, para não dizer dos “laboratórios” e “cooperativas” em Trieste, além de experiências brasileiras descritas no capítulo III. Neste sentido, podemos falar que foi uma nova proposta, porém não ainda “inovadora”.

⁸⁶ O termo *crise* é utilizado aqui para definir estados psicopatológicos agudos em que se encontram os sujeitos acometidos por transtornos mentais sem lhe negar a existência.

A partir deste espaço de convivência, teve início um processo de criação grupal, do qual um dos usuários lembra: “- Cada um falava uma palavra e alguém escrevia no quadro, depois a gente começava a montar as palavras e formávamos uma música” (usuário 1)

Assim, logo nos primeiros encontros do grupo, a partir de uma questão levantada por um dos usuários sobre as dificuldades em arrumar emprego devido à irregularidade da doença, com a ajuda do musicoterapeuta, criou-se um mosaico de frases que deu origem à primeira música de nome bem sugestivo: “Será que dá”:

“Balança a cabeça, não estou com cabeça, será que dá? / Ausência de vida, mentes vazias, será que dá? / corpos perfeitos, mentes atentas, será que dá? / Para conseguirmos nos realizar, e assim, seguir e chegar em algum lugar vamos avançar / Escritório, relógio de ponto, tolerância, hora do rango, do pagamento, vale transporte, ticket restaurante / comando vermelho, de todas as cores / chefe nervoso, chefe tranqüilo, chefe exibido, tarado, metido e mandão / assembléia e greves / povos sem terra... Aí eu pergunto, será que dá? (CPRJ, doc.9)

Em seguida veio a segunda música: “Sufoco da Vida”, cuja letra falava ironicamente sobre a relação médico-paciente, fazendo uma denúncia do tratamento psiquiátrico que se busca transformar:

“Estou vivendo no mundo do hospital / tomando remédios de psiquiatria mental / Haldol, Diazepam, Rohypinol, Prometazina⁸⁷ / Meu médico não sabe como me tornar um cara normal / Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado/ Socorro! Sou um cara normal asfíxiado / Ai, ai, ai, que sufoco da vida! Sufoco louco! / Tô cansado de tanta levomepromazina” (CPRJ.doc. 9) .⁸⁸

Nessa época, alguns técnicos passaram a freqüentar a “nova” oficina acompanhando pacientes enquanto outros começaram a se engajar mais ativamente. Segundo os relatos técnicos, foi possível perceber que já havia uma afinidade entre os profissionais construída através da música, que veio somar-se, ao interesse de ampliar as possibilidades de ação terapêutica.

“(...) a música sempre fez parte da minha vida (...) todo mundo no grupo já sabia que eu adorava música então me chamaram pro *backing vocal* e começamos nós três (técnicos) e dois usuários.” (técnico 3).

⁸⁷ Nomes de medicamentos psicotrópicos de uso freqüente em tratamentos psiquiátricos.

⁸⁸ As letras destas músicas na íntegra constam do anexo 03.

“Em 2001, fui agraciado com a possibilidade de formar o Harmonia, eles estavam tocando a música será que dá e eu achei muito legal. Já tocava em casa e algumas vezes encontrava para tocar com uns colegas aqui do serviço, íamos lá e era aquela zona e eu via que tinha uma afinidade muito grande do meu violão com o dele. Acho que esta afinidade é mesmo de estar servindo mesmo a nossa atuação enquanto terapeutas e que cresceu mais ainda quando nós vimos a possibilidade de formar um grupo.” (técnico 2)

6.2. Desconstruir e inventar: O “grupo de fazer música” se diferencia da oficina de musicoterapia

Em 2001, diante da emergência de uma rica produção musical e do reconhecimento do potencial e talento de alguns usuários, o musicoterapeuta percebeu a necessidade de reorganização da proposta da oficina. Nos depoimentos abaixo é possível ver que naquele momento a sensibilidade, o interesse e a habilidade profissional aliados à flexibilidade do dispositivo “oficina” foram fundamentais para a “reinvenção” da proposta original.

“Eu percebo que a gente precisa de um espaço onde essas produções e essas criações possam ter um maior fôlego. Começamos então a ensaiar as primeiras músicas que nós tínhamos. Ensaiai no intuito de aprender e apreender o que a gente tava construindo, num primeiro momento.” (técnico 1).

“O [musicoterapeuta] procurou separar a oficina como oficina que fazia música, e a outra que só cantava músicas de outras pessoas. Aí eu acho que foram surgindo as músicas, um apanhado maior de músicas e ele foi separando. Ele fez uma reunião para quem gostava de fazer música, aí foi surgindo o Grupo, que quem participava daquele grupo de música era do Projeto HE. Ele dividiu. Se não me engano na quarta feira era só o *grupo de fazer música* e na segunda era *musicoterapia*. Depois ele colocou mais um ensaio na segunda.” (usuário 3)

O novo grupo “dissidente” do Projeto Convivendo com a Música - embrião do que viria pouco tempo depois a ser o grupo Harmonia Enlouquece, desde então passou a se encontrar regularmente duas vezes por semana nos horários de almoço no Auditório do serviço.

Um detalhe importante a acrescentar é que, assim como as portas do serviço, as portas do Auditório também permanecem abertas durante as atividades, confirmando a importância simbólica que este “detalhe” passa a ter nas instituições pautadas no novo modelo de atenção

psicossocial. Pude presenciar os efeitos que tal gesto produz na dinâmica institucional, quando durante os ensaios entravam e saiam usuários, familiares, técnicos, trabalhadores, visitantes, etc, que atraídos pela música, às vezes, se dispunham a participar ou simplesmente apreciar música produzida durante a atividade.

Contrariando os estudos indicativos de que freqüentemente os profissionais que atuam em oficinas não se questionam a respeito do sentido e finalidades de seu trabalho, podem-se perceber o quanto o esforço de produzir uma reflexão coletiva por parte do grupo sobre a produção emergente, adequando a proposta às “dinâmicas e complexas” e necessidades do grupo, contribuiu naquele momento para uma evolução do processo grupal.

Tal como aponta Cecílio (apud ALVES e GULJOR, 2004: 224) “(...) as necessidades de saúde, tal como são percebidas pela população, são extremamente dinâmicas e complexas e, para tanto, requerem dispositivos também dinâmicos e flexíveis para a escuta, tradução e atuação dos serviços.” Sendo assim, foi possível confirmar a flexibilidade do dispositivo *oficina* de fazer emergir uma nova experiência conjugando diferentes interesses e necessidades, incluindo as especificidades dos profissionais, da clientela e da própria instituição. (GALLETI, 2004)

Desde então, o novo grupo dissidente do Projeto “Convivendo com a Música” (ou seja, embrião do grupo Harmonia Enlouquece) passou a se encontrar regularmente nos horários de almoço no auditório do serviço. Outro importante detalhe a acrescentar foi perceber que, assim como as portas do serviço ficam abertas, as do auditório também permanecem abertas durante as atividades. Ao acompanhar as atividades ali desenvolvidas, pude perceber a importância e diferença que este “aparente detalhe” passa a produzir na dinâmica institucional, no sentido de atrair e acolher as pessoas (usuários, familiares, técnicos, visitantes, etc) e facilitar as trocas interpessoais.

6.3. De oficina aberta à oficina itinerante: “ensaios terapêuticos”

“Sendo a clínica uma maneira de escutar e um modo de agir em função dessa escuta, ela não pode ser assimilada a um espaço, a um setting, seja ele qual for. As condições nas quais ela pode se fazer certamente não são infinitas nem irrelevantes, mas não há dúvida de que são mais amplas do que se costuma admitir. (...) A idéia da

clínica como ensaio terapêutico implica a busca da pluralidade de espaços nos quais ela possa ser exercida, de dispositivos que ofereçam a maior liberdade possível à escuta, à maior continência possível à experiência do paciente.” (BEZERRA, 1992:34).

Em 2001, surgiu a oportunidade de uma apresentação externa do grupo em um evento que marcava o primeiro encontro do CPRJ com a comunidade da AP.1 realizado na Praça da Harmonia. “A primeira saída foi ali na praça - tocamos em um evento três músicas com o grupo cantando, lendo, então na verdade era a reprodução da oficina saindo. Era uma oficina quase que itinerante”, conta um dos técnicos (técnico 1). Neste momento, era a primeira vez que o grupo saía do ambiente institucional, para atravessar o “muro terapêutico” e ganhar vida no território.

A principal proposta de ressocialização que orienta os novos serviços de atenção diária é enriquecer a existência global, concreta e complexa dos usuários, trabalhando ao mesmo tempo, o estigma tão profundamente internalizado nos pacientes principalmente aqueles submetidos a longos tratamentos em instituições psiquiátricas, como nos ensinou Goffman (1997). Para tanto, os novos serviços funcionam como elementos articuladores, promovendo a circulação no território, em vez do isolamento.

Como afirma Rotteli et al (2001:35) a desinstitucionalização é um “trabalho homeopático” que se constrói entre o “dentro e o fora” institucional. Nesse sentido, foi possível perceber a diferença entre a ação terapêutica desenvolvida antes e depois da Reforma Psiquiátrica, que marca a possibilidade de saída da instituição, e que aqui se colocou como uma primeira tentativa de despertar os desejos adormecidos dos usuários.

“O Harmonia começa a nascer da necessidade pessoal desses usuários de mostrar para além desse espaço o que eles estavam fazendo. (...) Mas um mostrar que se dava muito mais pelo convite interno que começava a aparecer da cantoria dentro daquele hospital fechado, do que propriamente de um desejo de sair para mostrar” (técnico 1).

Importante ressaltar ainda que o Projeto Convivendo com a Música se manteve em funcionamento uma vez por semana, como oficina de musicoterapia ligado à Enfermaria de Crise. E desde então, foram desenvolvidas diferentes estratégias de potencialização deste Projeto quando artistas e grupos musicais passaram a ser convidados periodicamente para apresentações

no serviço, a fim de promover convivência, integração e troca de experiências com os usuários, técnicos, trabalhadores e a comunidade. Por trás de tal iniciativa, está a proposta de convívio com a diferença e com a diversidade, assim como a intenção de descaracterizar o serviço como espaço de confinamento da doença mental e fazer com que este seja atravessado pelas pessoas.

Além da troca com o meio artístico e musical,⁸⁹ o Projeto Convivendo com a Música passou a receber regularmente familiares, usuários e técnicos de outros serviços; além de professores, pesquisadores, turmas de cursos profissionalizantes e escolas públicas, entre outros, que vêm conhecer o Projeto, assistir aos ensaios e trocar experiências com o grupo.

Desde então, cerca de 35 a 40 pessoas (entre técnicos e usuários) participaram do Projeto Convivendo com a Música e do novo grupo que também aos poucos “foi se instituindo” no serviço como uma atividade aberta. A expressão “se instituindo” se justifica pelo fato de que, mesmo sendo uma atividade realizada dentro de uma instituição, esta não consta na grade oficial do Hospital-Dia.

Foi possível perceber também que a partir desta atividade, organizou-se um conjunto de muitos outros eventos sociais, artísticos e culturais, festas, enfim, momentos, onde usuários, técnicos, familiares, a comunidade e as mais diversas pessoas, juntas, passaram a gerar *acontecimentos* e imprimir suas marcas, compondo e interferindo no cenário e história desta instituição.

Em 2002, comemorando “seu aniversário”, o serviço promoveu uma festa que se seguiu pelos anos seguintes, onde as palavras do diretor consolidam “o tom” daquele momento:

“Compartilhar experiências, dores, alegrias, trabalho e criação promove afetos e alianças, aproximando a princípio, os que têm afinidades. A convivência traz descobertas, pessoas com objetivos e estilos de vida diversos percebem a riqueza da interação com o Outro diferente. Conviver, compartilhar, criar, inevitável, seqüência. A convivência abre portas e desvenda caminhos nunca sonhados. Trilhá-los *junto e com* é o compartilhar, trazendo novas soluções e encaminhamentos.” (CPRJ, doc 2).

⁸⁹ Na lista de visitas estão entre outros artistas e personalidades: Pedro Luis (A Parede); João Barone (Paralamas do Sucesso); George Israel (Kid Abelha); Paulinho Moska; Arthur Dapieve, Turíbio Santos, Exporta Samba, etc⁸⁹.

6.4. O GRUPO HARMONIA ENLOQUECE: sentidos em movimento

“O Harmonia é uma possibilidade das coisas acontecerem para as pessoas, né”?
(técnico 2)

O Grupo Harmonia Enlouquece surge “do fazer junto”, dessa “mistura” de técnicos e usuários e do fortalecimento de afinidades entre eles. Assim, o que havia inicialmente em termos de prescrição terapêutica vai ficando cada vez mais diluído no processo de *invenção* de novas formas de relação com a música, consigo e entre si.

“Como reflexo da criação natural do grupo, este deixou de ser meramente uma atividade do ponto de vista estritamente terapêutica, com *setting* determinado, mas um “*setting* arrombado” na medida em que funciona com diferentes fluxos, tendo sempre um olhar desse elemento música, como ele tá funcionando nessa relação (...) a música é o elemento que vai dando essa costura desse dizer, dessa forma de ser, dessa maneira de interagir, de compreender, de saber os limites, de compreender as estratégias grupais” (técnico 1).

Conforme afirma Rauter (2006:274) “o objetivo das oficinas terapêuticas nos parece ser o de produzir outras conexões entre esses aspectos: produção desejante, trabalho e criação artística”, e adverte quanto ao nível de complexidade envolvido na análise destes novos dispositivos de cuidado.

Desta forma, como poderá ser percebido nas próximas páginas, com o “dispositivo da complexidade” em ação vai se desenvolvendo um processo que promove sociabilidade, ao mesmo tempo em que vai desarticulando as fronteiras entre terapia, trabalho e lazer e desestabilizando os papéis de técnico e/ou usuário, fazendo de sua análise um grande desafio.

Seguindo as pistas deixadas acima pelas palavras do técnico, buscamos compreender o que passou a representar a música para estes sujeitos, o tocar, compor, cantar para eles? Que mudanças podem ser percebidas, evidenciadas ao longo do processo de evolução do grupo? O que desejam, no que investem? O que está sendo possível transformar, inventar, produzir, ressignificar? Porém, antes de “ouvi-los”, é necessário explicitar brevemente o que o técnico quis dizer quando utilizou a metáfora “*setting* arrombado”.

“*Setting*⁹⁰ arrombado”

No dia 07 de abril de 2001, Dia Mundial da Saúde e ano dedicado à Saúde Mental, o grupo Harmonia Enlouquece foi convidado a se apresentar em um evento promovido por um laboratório farmacêutico, na Lagoa Rodrigo de Freitas, zona sul da cidade do Rio de Janeiro. O grupo dividiria o palco com artistas como Danilo Caymmi e Velha Guarda da Portela. Os sujeitos relembram esta passagem como um momento “muito especial” e ao mesmo tempo “de muita tensão”, quando foram impedidos de cantar “Sufoco da Vida” pois a letra da música falava de forma “jocosa” da relação médico-paciente e da relação com os medicamentos psiquiátricos. Um dos usuários conta que “a gente achava que só ia ficar maluco pra ver a gente”. Lotou mais ainda! Quando a gente cantou, fomos aplaudidos de pé, foi aquele carisma com a gente! (usuário 1)

A partir de então o grupo não parou mais, tendo feito inúmeras apresentações em eventos públicos e privados específicos do campo da saúde mental (e da saúde em geral), da educação, cultura e artes em diferentes localidades no Estado do Rio de Janeiro. A cada nova apresentação surgiam mais convites e assim, o grupo foi ganhando cada vez mais repercussão e atenção da mídia: “dali pra cá, foi faculdade, foi isso, foi aquilo e daqui a pouco Fantástico (...)” (usuário 1)⁹¹

Ao longo deste processo, o grupo também foi amadurecendo o desejo de gravar o primeiro CD, afinal já não se tratava mais simplesmente de um grupo com uma finalidade “expressiva” e/ou “estritamente terapêutica” como disse o técnico, mas sim “*uma produção ininterrupta de sujeitos que desejam, que querem criar*” (técnico 1) Quando perceberam que já tinham uma quantidade razoável de músicas, este “desejo coletivo” começou a se tornar realidade; porém, não sem dificuldades, pois acabou esbarrando na questão de como operacionalizar e custear essa produção?

⁹⁰ O termo *setting* é utilizado para caracterizar a *cena* ou *cenário* (GOFFMAN, 1996) onde que se realiza o atendimento terapêutico. Segundo Lancetti (2006:20), no contexto atual de transformação da prática clínica, esta *cena* torna-se cada vez mais móvel, pois “feita de percursos e transposições de espaços e tempos institucionais”.

⁹¹ Na lista de locais de apresentações encontram-se: universidades e faculdades (UFRJ, UERJ, Gama Filho, Santa Úrsula, Veiga de Almeida, Estácio de Sá, etc); teatros, museus e centros culturais (Teatro Casa Grande e João Caetano, Museu Villa Lobos, Centro Cultural Banco do Brasil, Cine Odeon, Fundação Progresso, Circo Voador, etc), presídios; hospitais (Pedro Ernesto-UERJ, Instituto Nise da Silveira, Instituto Philipe Pinel, etc.) empresas públicas e privadas (Furnas, Petrobrás), etc; além de entrevistas em programas de Rádio (Tupi e Nacional) e TV (Globo, TVE, Bandeirantes, etc) e para jornais e revistas locais e nacionais (Folha de São Paulo, Jornal O Globo, Jornal do Brasil, revista sobre música Outra Coisa, etc)

6.5. O primeiro CD, que sufoco!

“Hoje, a maioria das clínicas permite aos pacientes –ou os encoraja a isso – a pintura, a modelagem em argila, a redação de histórias e a composição ou execução de obras musicais. A psicoterapia contemporânea em termos gerais encontrou o caminho para o estágio estético da criatividade, mas ainda não chegou ao estágio seguinte, o do confronto ético com os produtos dele derivados”. (VON FRANZ apud MELO, 2001:95).

Em 2002, após uma intensa mobilização dos técnicos para conseguir o estúdio de gravação o grupo, enfim, realizou o desejo de “dar corpo e voz aos seus delírios musicais tornando públicas as suas criações.” (CPRJ, doc.7).

Assim surgiu o CD com 11 músicas e duração de menos de 40 minutos. As composições têm ritmos variados como xote, sambinha, bossa nova e funk e letras que tratam de experiências dos seus integrantes. Seus sofrimentos, alegrias, a doença, relação médico–paciente e medicação, enfim, vivências do cotidiano da assistência, mas também de política, trabalho, pobreza, condições de vida, ou seja, da vida do homem comum.

Em 2003, em um evento realizado no Museu Villa-Lobos, o grupo se apresentou lançando o CD onde também houve recital de poesia, apresentação de teatro de máscaras e uma exposição de quadros, contando ainda com a participação especial de Wanda Sá e Georgiana de Moraes, tocando clássicos da bossa nova”.

Alves e Guljor (2004:234) apontam a música como importante “instrumento” de transformação do paradigma psiquiátrico, pois este possui “raízes para além da dimensão técnica, onde as iniciativas pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica devem contemplar intervenções voltadas para a desconstrução da linha imaginária que restringe a população portadora de transtornos mentais aos guetos alternativos de expressão.”

Em entrevista concedida ao Jornal do Brasil⁹², Turíbio Santos, diretor do Museu confirmou o valor do grupo: “Foi simplesmente maravilhoso. O que mais me fascinou foi a criatividade dessas pessoas. Os sentimentos são sinceros, fluidos. E o compositor é muito criativo, genial! É um trabalho único (...)”

⁹² AGOSTINI, Bruno. “Loucos por arte – Museu Villa-Lobos abriga apresentações de pacientes do Centro Psiquiátrico”. Jornal do Brasil, Caderno B, 07.12.03, p.03.

No mesmo evento, o diretor do hospital também foi entrevistado e assinalou a ênfase dada pelo serviço no uso de estratégias artísticas no processo de reinserção social:

“As artes sempre foram privilegiadas no nosso trabalho de reinserção dos pacientes na sociedade. Inspirados em Nise da Silveira, ampliamos o número de atividades, pensando em fazer um serviço de integração que os una. Boa parte da criação de poesias, quadros, esculturas e músicas é coletiva. A idéia é dar voz a essas pessoas e lutar contra a estigmatização”⁹³.

Nos depoimentos, o apoio da direção foi ressaltado como fator fundamental para a realização e evolução da proposta,

“Eu tive todas as condições, mesmo com a precariedade, com dificuldades de desenvolver o trabalho e isso me soou muito diferente de outras instituições que eu havia trabalhado, públicas, que não viam com bons olhos uma intervenção de natureza diferenciada daquelas que eles estão acostumados, mais tradicionais. Então isso apontou uma diferença que eu sabia que podia desenvolver um trabalho que eu acreditasse.” (técnico 1).

No entanto, apesar do apoio da direção, o processo de gravação foi realizado à base de “trocas de favor” e de amizade de técnicos e músicos que aceitaram participar da gravação sem receber cachê. Não houve, na época, qualquer tipo de apoio da Secretaria de Saúde do Estado ou do Município.

“Esse cd a gente produziu aqui, gravou aqui, a capa, tudo. Nós pedimos ajuda à Secretaria (de Saúde Mental) na época, porque eles tinham feito um convite pra gente cantar e nós dissemos que precisávamos de violões. Já tem seis anos e até hoje o violão não chegou aqui. Os violões são dos técnicos, os outros instrumentos de percussão nós conseguimos comprar, demos um jeito. Mas nós temos essa dificuldade. O Estado não bancava nada. E quando a gente pede, às vezes vem uma resposta dois, três anos depois, perguntando se ainda quer, a gente diz sim e não chega.” (técnico 3).

⁹³ Op. cit.

6.6. “Os cachês”: impasses no reconhecimento de *valor*

Retomando as idéias de Campos (2005. b) a respeito do sentido do “trabalho”, o autor faz um esclarecimento sobre uma diferença sutil, mas importante de ser feita: apesar do trabalho ter o objetivo de produzir bens ou serviços para atender as necessidades sociais, o valor de uso de um produto (bem ou serviço) não é equivalente a sua necessidade social. Com isto, o autor nos chama a atenção para o fato de que as necessidades sociais cristalizam-se a partir de processos complexos que dependem de uma dinâmica social, política e econômica, e portanto, a formação econômico-social e os movimentos políticos, ideológicos e culturais é que produzem as necessidades sociais.

“Os bens ou serviços, práticas políticas ou sociais são meios com valor e uso potencial, com capacidade potencial de assegurar atendimento de algumas necessidades. Trata-se de uma manobra ideológica a equivalência que se costuma estabelecer entre produtos e práticas com as necessidades sociais. Uma manobra que interessa ao mercado e às instituições que administram práticas sociais; uma manobra voltada para manipular a maioria, uma vez que tenta transformar um meio em um fim.” (CAMPOS, 2005.b: 48).

Tal discussão remete à grande inovação trazida pela proposta italiana, pois esta propõe reverter a velha premissa que sustentava o uso do trabalho e da atividade como meios e fins do tratamento trazendo esta discussão para o centro da cena, marcando de fato uma ruptura com o modelo manicomial.

Para os italianos não interessava mais otimizar o espaço do hospital ou torná-lo terapêutico (objetivo presente na maioria das propostas “reformadoras”). Para Basaglia (1985) o fim do manicômio não se reduz à extinção de sua estrutura material, mas de sua estrutura simbólica e por isso as ações terapêuticas vão de encontro à “invenção de saúde e a reprodução social do paciente”, ampliando as possibilidades de trocas na vida pública. (ROTTELI et al, 2001).

Nessa perspectiva, apesar de haver uma ênfase do projeto institucional de estimular a produção artística e a ressocialização dos usuários, foi possível perceber que para a instituição o “reconhecimento de valor” da produção passa a ser uma questão, evidenciando incongruências na articulação entre os objetivos de geração de renda e clínicos no tratamento.

“Conforme a gente foi cantando, convite aqui, convite ali, a gente distribuía, as pessoas gostam vão ligando né? Nossa primeira dificuldade foi o que fazer com os CD. Nós levamos um ano para convencer o

diretor que tinha que vender. Ele queria distribuir. Quer dizer, apesar de ter sido feito aqui, como repor isso? Vou lá, compro o CD, compro a capa, e depois compro o papel da capa, tem que comprar, anexa o miolo. Pegava outros trabalhos, os Cancioneiros, etc., todo mundo vendia (...)" (técnico 3).

Após um ano de insistência do grupo, a direção cedeu – o CD passou a ser vendido a um preço módico de quinze reais. Como estratégia de divulgação e forma alternativa de arrecadação, o grupo também teve a idéia de produzir camisetas estampadas com seu nome e com a arte feita por um dos integrantes, sendo rapidamente vendidas. A verba arrecadada com as apresentações (dependendo da instituição, o grupo pede uma ajuda de custo que varia em torno de 150 a 300 reais ou transporte) e a venda dos CDs (e camisetas) passou a ser administrada pela instituição e dividida com os usuários (com quem participa da apresentação do dia).

Assim, podemos perceber que, se inicialmente a venda dos CDs se apresentou como “uma questão a mais” para a instituição, acabou se encontrando uma saída para o impasse: a renda (mesmo que pequena) passou a ser gerida pela própria instituição (e não pelo grupo) e parte dela revertida para a produção do segundo CD. Aos usuários restou:

“(...) *um incentivo* para passagem, para eles comprarem uma roupa, né? Às vezes um rádio, né, alguma coisa. Conforme o show, o que se ganha é repassado para eles. E o CD uma parte fica com a gente e a outra passa para eles, para a gente tentar fazer o segundo CD” (técnico 3).⁹⁴

Esta fala nos remete a duas questões:

A primeira: Que relação pode ser estabelecida entre o fato acima relatado e a “produção de autonomia” do usuário dentro do novo modelo de atenção psicossocial? O que significa “promover a autonomia” no contexto da Reforma Psiquiátrica?

Kinoshita (1996) define “autonomia” como “a capacidade do sujeito de gerar normas para sua vida conforme as situações com as quais se confronte”.

Assim, o “X” da questão para o caso em análise, remete ao que Kinoshita (2001:55-59) aponta como pré-requisito para a reinserção social e autonomia do usuário, na medida em que, reabilitar é reconstruir valores, aumentar o poder de contrato, produzir dispositivos que possam modificar o pressuposto do desvalor para o “valor possível”, devendo-se começar exatamente “pela desconstrução do dispositivo que produz e mantém aquele desvalor, o dispositivo manicomial”.

⁹⁴ Grifos meus.

Para o autor, o valor social atribuído a cada indivíduo previamente por seu campo social é o pressuposto que lhe confere seu poder contratual. Se ao usuário é conferido o atributo negativo (de doente mental), seu poder contratual anula-se e este perde seu *valor* de cidadão (que lhe assegura o reconhecimento de sujeito social capaz de estabelecer trocas).

“O que fazer quando não há mais manicômio? Não tem sido automática a passagem de uma situação de desvalor para uma situação de participação efetiva no intercâmbio social. Ao contrário, é mais presente a tendência a estacionarmos nesse patamar de assistência humanizada, mais tolerante, eventualmente até mais belo, porém igualmente excluída e desvalida (...) a contratualidade do usuário, primeiramente vai estar determinada pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem”. (KINOSHITA, 2001:56)

Portanto, é fundamental atentar para os possíveis efeitos de discursos, que mesmo carregados de boas intenções, sutilmente reafirmam a incapacidade do usuário, evidenciando dificuldades e paradoxos dentro de um campo que pretende caminhar em sentido contrário.

A outra questão, diz respeito à dificuldade do serviço em incorporar a geração de renda no Projeto e que confirma a existência de uma premissa (não necessariamente explícita) apontada por Almeida (2004) acerca da dicotomia entre oficina terapêutica e oficina de geração de renda, que “induz a um entendimento de que onde há o terapêutico não cabe geração de renda” e que vem dificultando enormemente o avanço de iniciativas como estas. Almeida (2004:170) ressalta que este tem sido um grande desafio para inúmeras oficinas – “definir um campo conceitual e operacional que suporte a iniciativa de produção, de comercialização de mercadorias e inclusão social”, que consiga fazer o campo da saúde mental romper com as práticas assistenciais tradicionais.

É inegável, que do final dos anos noventa até os dias de hoje, a Reforma Psiquiátrica avançou. No entanto, como nos alerta Amarante (2003), nos CAPS ainda é prevalente um modelo assistencial orientado pela lógica do antigo sistema de saúde brasileiro (INAMPS), no qual a saúde era reduzida à doença e o sistema à assistência médico curativa⁹⁵. Tal fato pôde ser confirmado na fala do técnico 3: “geralmente é priorizado o atendimento médico né...” Ou seja, por trás de importantes avanços há ainda o enfrentamento de paradoxos e incongruências na

⁹⁵ Amarante (2003:63) aponta o trabalho de FREIRE (2003) “O sistema de alocação de recursos do SUS e sua relação com o modelo assistencial do CAPS”. (dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Fiocruz) que demonstra como a lógica do pagamento por procedimentos é suficiente para limitar o potencial inovador dos serviços de atenção psicossocial.

passagem de uma ideologia ergoterápica à luta pela autonomia e emancipação dos usuários e trabalhadores, cuja experiência relatada revela a presença de aspectos do paradigma psiquiátrico tradicional ainda fortemente presente nas instituições, mesmo naquelas que se pautam por ideais mais progressistas.

6.7. Coletivo organizado para produção: “harmonizando” desejos, interesses e necessidades entre “o dentro e o fora” da Instituição.

O volume de convites que foram surgindo para apresentações em eventos, feiras, congressos, etc fez com que o grupo percebesse que precisava ter um mínimo de organização para atendê-los. Uma técnica, integrante do grupo, acabou assumindo o papel de “empresária”, devido a sua função estratégica e carga horária dentro da instituição o que facilitava o acesso e atendimento das demandas internas e externas.

Release; material de divulgação do Projeto Convivendo com a Música, produção e venda de CDs, trocas de e-mails e telefonemas, esclarecimentos e agendamento de apresentações, vestimenta, saídas para apresentações, enfim, uma série de itens passaram a compor “a agenda” e processo de trabalho do grupo de forma integrada à rotina do hospital, que teve também que se adequar às mudanças e necessidades do grupo que passa a ser definido como um “Projeto clínico cultural do CPRJ”

Retomando a definição de Campos (2005.b: 36) acerca dos *coletivos organizados para a produção* como “agrupamentos humanos articulados com alguma finalidade produtiva, com objetivos a serem cumpridos e com tarefas mais ou menos explícitas” para pensar a organização do grupo Harmonia Enlouquece: Que sentidos o grupo começa a (re)produzir ao “entrar e sair” da instituição? Como o grupo foi se rearticulando e ressignificando sua finalidade produtiva? Será que chegou a problematizá-la? Qual seria esta? Que novos interesses e necessidades passaram a mobilizar os atores envolvidos nesse processo? Que avanços e impasses foram surgindo e como foram sendo contornados?

Como assinala Dejours (2004:304)

“Nenhum dispositivo tecnológico, ou forma de organização do trabalho, é por si só “naturalmente” gerador de saúde ou de prazer no trabalho (...) o trabalho implica sempre um confronto com o real, um real que se

deixa conhecer por sua resistência a se submeter aos conhecimentos e as diferentes formas de saber-fazer”.

Para ambos, técnicos e usuários, o tocar, cantar, compor música é antes de tudo uma atividade lúdica e prazerosa, em si terapêutica.

No entanto, a prática vai sendo ressignificada à medida que passa a ser produzida coletivamente: “(...) o que há de terapêutico é isso, é muito menos uma análise de conteúdos internos a partir da música e muito mais uma produção ininterrupta de sujeitos que desejam, que querem criar”. (técnico 1) Daí se pode entender que, cada vez mais, as relações que vão sendo criadas, recriadas, desejadas, inventadas e a música como mediadora do processo, se tornam as principais estratégias de cuidado (e por isso, terapêuticas), diferenciando-se de uma mera estratégia de “musicoterapia” dentro do serviço.

Tal como propõe Certeau (1994), a prática se transforma em um processo de *reinvenção do cotidiano*, ou seja, de produção de cuidado dentro de certa lógica assistencial em que o grupo vai procurando se adequar, buscando também atender suas necessidades e desejos.

6.7.1. Por “dentro” da instituição: terapia, trabalho e prazer.

Um usuário conta que desde garoto sempre compôs e tocou música em casa era “a terapia no meu quarto”, onde a música pode ser entendida como uma prática de auto-cuidado voltada para a saúde, tendo uma finalidade terapêutica. No entanto, pode-se perceber que no momento em que este usuário entra em contato com a instituição psiquiátrica, passa a atribuir outros sentidos ao compor/tocar música. Percebe-se que, aos poucos, a prática vai se constituindo como uma *tática* de enfrentamento da doença mental, dentro da lógica do tratamento médico-psiquiátrico, onde o sentido passa a “deslizar” entre diferentes significantes do vocabulário psiquiátrico, *remédio*, *sintoma*, *terapia*, *distração/ocupação e terapia*.

“Eu vejo de uma forma assim, como uma *terapia*, né, uma ocupação como parte de um... (sic) eu vejo como um *remédio* também. Porque quando eu comecei a escutar vozes eu me apeguei compondo a música, a primeira música que eu fiz e que tá no CD. Eu fiz essa música quando estava com *sintoma*, ainda não tinha passado por *medicação e internação*, é uma música que faz parte da *minha terapia* no meu quarto, quando eu era solteiro, na

casa do meu pai, garoto. Então se torna *uma distração, um trabalho, uma ocupação, uma terapia*. Então eu vejo dessa forma, *uma terapia*". (usuário 2)

Para os usuários, a prática dentro do hospital é sobreposta ao tratamento, com ênfase no sentido de "terapia". Desta forma, ela é valorizada dentro do hospital, pois se constitui uma "terapia de cura"; onde o sentido de "terapia" não se altera, apenas se amplia:

"(...) é visto como um benefício dentro do hospital, *uma terapia de cura, de distração, uma coisa boa, uma coisa de energia* no hospital. Para mim é uma energia positiva dentro do hospital, que traz bons frutos, é a semente que o CPRJ tem de boa."(usuário 2)

Outro usuário confirma esta percepção, e usa o termo "epidemia do bem" ao se referir aos benefícios trazidos para a instituição, pois em sua opinião não apenas ele obteve melhora, mas toda a instituição.

Já para os técnicos, a prática remete a significados que são sobrepostos ao trabalho, trazendo um novo sentido para este, na medida em que lhe permite uni-lo ao prazer. Desta forma, o trabalho deixa de estar relacionado a algo penoso e desgastante, que se faz para atender necessidades básicas de sobrevivência e às necessidades de saúde do usuário, e passa a ser visto também como meio de obter prazer e realização pessoal.

"O Harmonia Enlouquece está dentro daquela concepção que eu tenho que acho que muitas pessoas têm de criar dentro do espaço hospitalar que a pessoa tem que conviver, alguma possibilidade da pessoa exercitar o saber que ela tem. E o Harmonia além de exercitar, muita gente gosta de música, faz vibrar, música da uma vibração... além de exercitar o saber, é a coisa prazerosa de estar cantando, estar dançando, liberando as tensões do dia-a-dia que a gente acaba botando na música e põe de uma maneira assim que não precisa esconder. Então é toda uma revolução! (...) então tem assim: tem o prazer da música e o prazer de estar fazendo um trabalho que está surtindo efeito". (técnico 2)

Esse contexto interno possibilita também a emergência de uma relação de identificação entre técnicos e usuários, em oposição à "cultura" da diferença, tão comum na relação tradicional médico-paciente.

"O Harmonia me mostrou que isso tudo é mentira, que nós não temos competência de preparar um espaço para que eles possam se expressar e

sair um pouco das dificuldades que eles têm tanto no que diz respeito ao pragmatismo, à vontade, à sensopercepção alterada, todas essas coisas que a psicose traz de inválido. Eu acho que no tratamento tradicional, a gente amplia muito e reforça a diferença, não reforça a identidade, a identificação, a igualdade, as coisas que nós temos em comum”. (técnico 2)

Para ambos, a prática é vista como um “fruto” da Reforma Psiquiátrica (que altera a lógica da organização da atenção e do cuidado), onde novas práticas e relações emergem em um cotidiano também mais enriquecido.

“Eu acho que o Harmonia ajudou a oxigenar essa idéia do tratamento aqui, dos funcionários, porque nós tivemos vários funcionários que passaram pelo grupo; dessa transição de uma relação mais horizontalizada, menos verticalizada. Então ele trouxe reflexos muito positivos. Então eu acho que a gente teve um papel e tem um papel no serviço bastante precioso de aglutinar as pessoas, de trazer o bem estar, de ser encontrado e falarem – pô, legal ! eu trabalho ali, em outros momentos a gente criticava.” (técnico 1)

“O Harmonia Enlouquece vem trazendo um fruto da semente da Reforma Psiquiátrica, né? Ele também é um fruto plantado da Reforma Psiquiátrica”. (usuário 2).

6.7.2. O “Fora” da instituição: aprendizagem, reconhecimento e a emancipação do campo terapêutico em questão.

À medida que o grupo extravasa o contexto institucional vai havendo um deslocamento de sentido sobre a prática, que deixa de ser entendida como “cura”, “remédio”, “terapia” enquanto noções associadas ao tratamento *stritu sensu* e assim, vai ficando cada vez mais evidente sua finalidade política e social,

“Já fica mais sério, como eu posso dizer, já fica mais sério, né? Fora, aí a gente leva mais a sério do que aqui dentro, mais como um trabalho, entendeu, com mais responsabilidade. Aqui dentro como uma terapia e fora como um trabalho (...) a gente leva mais á sério, não quer fazer feio, aí acaba assim como um bico, uma coisa assim parecida entendeu?

Porque às vezes tem renda, mas naquele palco se agente for fazer só para ter renda, a gente não curte aquele momento entendeu?” (usuário 2).

É o que Basaglia propõe com a transformação do “ato terapêutico” em “ato político”, de enfrentamento dos problemas sociais que lhe são correlatos. Tal afirmativa diz respeito também ao reconhecimento do trabalho como condição preliminar e como um direito do usuário de estar melhor, de viver a vida com mais dignidade e não mais um prêmio ou terapia. (idem, ibidem).

“Quando a gente cantou no João Caetano, a gente cantou lá duas vezes, a gente ficou até surpreso, né, que a gente acabou de cantar e eles deram uns tíquetes pra gente que era uma forma de pagamento. E tinha sido a primeira vez que a gente tinha recebido um pagamento pelo show. Mesmo sendo tíquete a gente ficou super empolgado, né, porque estava recebendo de alguma forma pelo que a gente tava fazendo”. (usuário 3).

Este percurso precisa ser atravessado pelo usuário, contando com o apoio e a confiança do técnico; sendo feito de “tentativas, erros e aprendizagens no qual os objetivos mudam durante o percurso porque são modificados pelo sujeito em jogo.”(ROTELLI et al, 2001:34). As palavras de um técnico italiano a respeito desse processo são precisas: “não é um teste ao qual o submetemos, mas é um espaço de vida a mais no qual o ajudamos a viver. Em todo caso é um teste para nós.” (idem, ibidem).

“(…) as pessoas às vezes acham, é muito engraçado isso de estar no palco e não saber quem é o médico, quem é o paciente, né. Geralmente sempre é a primeira pergunta quando a gente vai a um Congresso ou a uma Universidade, e a gente sempre fala assim “Quem é que se considera totalmente normal, né”? Porque é muito engraçado, às vezes, a gente está em local onde nós nos consideramos normais, quando eu falo nós, o Harmonia todo, e os outros muito estranhos, muito estranhos...”.

Desta forma, a finalidade mais estritamente terapêutica, vai sendo cada vez mais tensionada, caracterizando a transversalização⁹⁶ de uma prática que ao extrapolar os limites dos

⁹⁶ Termo criado em análise institucional e que é definido por: “interpenetração, entrelaçamento”, que é imanente a rede social, das forças produtivas desejantes-instituintes-organizantes”. A transversalidade se produz a partir de “linhas de fuga” do desejo ou da produção, que não se reduz a ordem institucional, tanto aquela hierárquica e vertical, nem à ordem informal da horizontalidade nas organizações. Esta é capaz ainda de gerar acontecimentos e sínteses inesperadas, a partir de agenciamentos e dispositivos que escapam a lógica, aos códigos formais, aos saberes instituídos, e desta forma, “deflagram efeitos transversais inventivos e libertários.”(BAREMBLITT,1992:195).

saberes especializados (médico-psicológicos) vai gerando cada vez mais conexões com o campo social, assim como, efeitos existenciais enriquecedores. (PASSOS e BENEVIDES, 2005).

Nessa perspectiva, como enfatiza Amarante (2003:60-61), o fundamental “é que o operador da atividade clínica possa superar a condição de ser apenas um técnico, de fazer tão-somente clínica” que significa a possibilidade do operador superar “a postura que é determinada sempre pelo olhar e agir terapêuticos”, e poder se colocar como ator social não somente no serviço, mas no território a fim de desconstruir preconceitos, tais como: doença como desvio e incapacidade, da terapêutica enquanto cura, técnica e verdade, etc.

“Aprender a aprender”

“Uma existência mais rica, de possibilidades e de experiências é também uma existência em mudança. Certo, o sofrimento psíquico talvez não se anule, mas se começa a remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa. E igualmente não se anula a necessidade desta pessoa de ser ajudada, isto é, precisamente tratada, nos faz recordar o valor dessas necessidades e a necessidade de valor”. (ROTTELI et al, 2001:33).

À medida que são “levados” para outros espaços sociais, os técnicos são convocados a “aprender a aprender” a construção de novos papéis e formas de lidar com os imprevistos de uma prática que se transforma e se complexifica. Cada novo passo do grupo envolve ter que lidar com antigos e novos temas tais como: comportamento, higiene pessoal, roupa, dinheiro, etc e que são constantemente debatidos nos serviços de atenção psicossocial que desenvolvem estratégias de ressocialização, mas que se tornam mais complexas à medida que os sujeitos vão percorrendo os mais diferentes espaços sociais.

“Nossa primeira experiência no Teatro João Caetano teve um buffet com tudo que tinha direito, desde chá, café, sanduíche, salgadinho, biscoito, suco de fruta. Eles não paravam de comer, no meio do palco um começou a querer vomitar, outro sentiu dor de barriga, eu entrei em desespero. Então quer dizer, isso tudo, aos poucos a gente tem que ir aprendendo....” (técnico 3).

Os imprevistos são de toda ordem e, diante de determinadas situações que a prática lhes impõe os técnicos também expressam suas dificuldades quando, por exemplo, se vêem diante de situações que não dominam, pois escapam a dimensão clínica, demandando “outros saberes” no presente do campo artístico e cultural.

“Essa saída paulatina, ela foi dando o aprendizado necessário, mas não suficiente ainda, e não sei se será, para o enfrentamento dessa diferença. (...) [a saída do grupo] Modifica muito a forma de entender este fazer, porque a gente esbarra em situações que não são da ordem técnica do fazer, não são da ordem terapêutica, mas da técnica do fazer artístico que exige por isso outros cuidados. Equipamento, forma de manutenção, de montagem, toda essa tecnologia, às vezes eu tô lá como técnico tendo que dar conta de um monte de fio...”(técnico 1)

Nesse processo de “ruptura com o entretenimento”, os usuários dão o sinal quando há necessidade de um “olhar clínico”, ou seja, aquele baseado em um saber especializado. Ele é sempre o foco, aquele que “dá o tom” e aponta os limites da ação grupal e que, pode fazer este recuar.

“Desde o começo eu falei pro grupo, quando eu não tô bem, não adianta que eu não tô bem, nada vai adiantar. Pode botar milhões de dinheiro, ouro, mulher, que eu não vou corresponder. Então não importa nada naquela hora, grana, mulher, não importa nada... você não está correspondendo. O organismo não corresponde...” (usuário 1).

“(...) o cuidado que nós técnicos temos que ter dos limites reais que essas situações impõem. Situações que a gente percebe ansiedade, que pode ser difícil tocar em algum lugar, e aí vamos ver, dá não dá. E aí é esse olhar e já passa para outro limite, um outro entendimento, que é assim... esse olhar terapêutico, esse olhar do cuidado – vamos, não vamos - de construção.” (técnico 1).

A fala de um dos técnicos demonstra também o grau de envolvimento e mobilização afetiva destes com os usuários, especialmente no enfrentamento dos inúmeros desafios suscitados pela aposta na inovação das práticas assistenciais.

“(...) muitas pessoas se beneficiaram e já saíram, e outras que a gente viu visivelmente que a psicose não permitiu que elas continuassem e a gente começa a se questionar porque a gente não teve força suficiente para seduzir e chamar de volta. Eu mesmo chamei algumas pessoas que já

saíram pelo amor de deus para voltar, que eu emprestava meu carro, meus gatos e não deu a doença não permitiu que as pessoas voltassem então isso é uma coisa que tá servindo de aprendizado para mim, para ver os limites que a doença impõe”. (técnico 2)

Olhares sobre a “Obra”: a “psicodinâmica do reconhecimento”

O efeito “transformado e transformador” da prática vai se revelando com mais força, na medida em que esta lhes permite experimentar não apenas novas formas de expressão e relação, mas de vê-las materializadas, compartilhadas e reconhecidas socialmente.

Assim, à medida que o grupo vai ganhando visibilidade externa, passa também a obter maior reconhecimento dos pares (no serviço), pois de alguma forma, refletem vivências, sofrimentos, alegrias e interesses não apenas individuais ou específicos do grupo, mas de toda uma coletividade no âmbito da Reforma Psiquiátrica. Como diz Agnes Heller (1989:27) “toda obra significativa volta à cotidianidade e seu efeito sobrevive na cotidianidade dos outros”.

Lembrando que os pares são aqueles que, por conhecerem as regras efetivamente, possuem maiores condições de avaliar “a elegância, o rigor e a engenhosidade do que foi feito, assim como em que medida esse trabalho expressa uma singularidade do que foi feito.” (NEVES et al, 2004:36). Neste sentido, como aponta Dejours (2004), o reconhecimento não se dá pelo êxito em termos de eficácia ou eficiência (julgamento de sua utilidade social e produtiva), mas sim, pelo reconhecimento da *beleza e originalidade* da ação do grupo, além das diretrizes do serviço e da Reforma Psiquiátrica. (julgamento estético); aparecendo como “um elo de suma importância e o ponto sensível da dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho”. (DEJOURS, 2004:75).

Os enunciados abaixo, permitem confirmar a proposição dejouriana, onde o olhar dos pares e os mecanismos de reconhecimento decorrentes desse olhar se relacionam diretamente com a transformação do sofrimento em prazer e realização de si e, sendo assim, o sentido da prática se confunde com o sentido da própria vida.

“Quando eu comecei a perceber que eu tava fazendo o bem das pessoas, fora daqui do tratamento e aqui dentro também, eu comecei a ouvir das pessoas me agradecendo, eu fiquei muito feliz também de saber que eu não vim na vida à toa”. (usuário 1)

“(…) eu acho que o reconhecimento é bom também para os técnicos que trabalham, é muito bom ver a coisa nascer e a coisa funcionando. E é

muito difícil manter uma coisa funcionando. Porque nascer é fácil, mas manter é difícil, tem muitos entraves”. (técnico 1)

“Aqui no HD é a única atividade assim mais.... É difícil encontrar uma palavra para explicar... Não é a mesma coisa que você ser um paciente daqui. Você é do grupo que vai tocar música, tem um público, vai se apresentar, isto é diferente. Não é a mesma coisa que você estar aqui dentro do Hospital. (...) É diferente! Então essa coisa de viajar, de ter uma atenção pessoal, responsabilidade... Os amigos falam com você “Poxa, você agora tá legal”! Então é interessante pra mim. (usuário 5)

“Eu tenho mais prazer quando eu canto dentro de uma universidade, um congresso, porque a gente tem a troca, porque tá todo mundo ali, atento, querendo ouvir como isso aconteceu como é a nossa integração, como é que se faz isso. Isso é importante, cada letra, porque eles escutam bem a letra, o que a letra quer dizer; que é composta pelo grupo (...)”(técnico 3)

Foi possível identificar em outros relatos, que à medida que a prática permite a transversalização através da expressão artística, esta também vai se revelando como *tática* de desconstrução do preconceito acerca da doença, pois lhes permite compartilhar experiências e vivências muitas vezes bastante dolorosas, de forma leve e até “jocosa”. Nesse sentido, poder transformar as percepções acerca da “doença”, está intimamente relacionada à possibilidade de mudança de uma visão predominante de saúde como ausência de doença e sofrimento, pois passa a incorporá-los como parte essencial do processo vital (CANGUILHEM, 1995).

“A gente [se referindo aos usuários] é um pouco missionário, né? Por que a gente está mostrando nas letras também o que a gente acha. Mas também tem muitas músicas que a gente tá transformando isso em comédia. A gente tá querendo parecer o que a gente é mesmo. Por exemplo, eu quis escrever o “Xote da Dor”⁹⁷ no que ela se transformou em música, ficou leve aquela situação ali de ir ao médico, de estar com um problema. Eu acho que foi legal porque eu transmiti uma coisa boa pras pessoas, eu acho que valeu a pena”. (usuário 3)

“Tem um paciente que eu comecei a acompanhar tem uns quatro anos e depois que ele viu o Harmonia, ele teve um alívio muito grande e eu não sabia por quê. Então, eu fui falar com o psicanalista dele que me disse que era porque ele não sabia que podia falar de doença de maneira bem humorada, jocosa, de maneira a enfrentar a doença sem colocar nela um vilão que assola o indivíduo, que impossibilita para as atividades. Então ele ficou muito entusiasmado quando descobriu que eu ia ser o médico

⁹⁷ A letra da música encontra-se (em anexo) ao final da dissertação.

dele e até hoje ele acompanha a gente.(...)O Harmonia Enlouquece deixa as pessoas perderem um pouco a vergonha de serem doentes e isso aí me alimenta a idéia e me faz me sentir mais útil estando num projeto desse”. (técnico 2)

“Uma coisa é o Harmonia no espaço interno e outra coisa é o Harmonia quando começa a se mostrar para alguém que não é e não sabe o que é loucura, ou aliás, sabe de uma forma totalmente errada, comprometida. (...) Porque já passa para um outro campo que também é um campo necessário na medida em que o Harmonia Enlouquece leva e esse é um dos objetivos, para além do espaço do hospital aquilo que é da ordem do desconhecido que é preciso ser entendido, compreendido. – o que é saúde mental, o que é isso? O que é essa história de loucura? E o Harmonia Enlouquece favorece esse entendimento, favorece essa troca com aquele público de fora, olha esse louco produzindo alguma coisa que ele não imagina que possa ser feita por louco. Porque ele tem uma concepção de loucura, então nesse sentido o Harmonia Enlouquece ele se torna quase que pedagógico para esse tipo de olhar”. (técnico 1)

Como “fruto” das novas relações entre usuários e técnicos e do cotidiano institucional a partir de um novo modelo assistencial, o trabalho do grupo também passa a ser visto como um “cartão de visitas” do serviço, contribuindo para sua projeção no cenário da Reforma Psiquiátrica.

“A música tomou conta. O Harmonia Enlouquece como um projeto que saiu efetivamente, acabou dando uma visibilidade ao CPRJ. Não como atividade mais importante, tem outras tão importantes como, mas ele trouxe situações muito especiais. Do tipo: o próprio profissional se orgulhar de trabalhar num local onde ele vê e fala: ah, eu trabalho lá, sabe aquele grupo? É lá onde eu trabalho. E num contraponto a isso, quando eu cheguei aqui a música ainda era uma peça, com raríssimas exceções, principalmente por causa da direção, mas um certo olhar desconfiado. De ter que ouvir assim “- vir tocar violão na instituição é fácil...” Esse tipo de coisa hoje, ocorre que as pessoas sentem orgulho que tem um grupo musical que as pessoas conhecem (...)” (técnico 1)

“Ele é uma alavanca para a instituição (...) eu acho que ele foi o nosso cartão de visitas, foi quem mais abriu portas. (...) O Harmonia não tem peso só na instituição não, ele tem peso no movimento da Reforma Psiquiátrica, da possibilidade de uma assistência mais igual. A instituição se enriqueceu pelo sucesso do Harmonia, sem dúvida, era um hospital pequenininho, sem muita repercussão (...)” (técnico 2)

6.8. A “harmonia” rompe barreiras...

O “talento” do grupo leva-nos cada vez mais longe, incitando-os a ultrapassar barreiras, antes consideradas intransponíveis.

Em 2005, ano de comemoração do centenário de Nise da Silveira, o grupo foi escolhido entre diversos projetos no campo da saúde mental para participar do Projeto “*Loucos Por Música*”, patrocinado pela Petrobrás e Ministério da Cultura e co-patrocínio de várias empresas, para abrir uma série de shows com renda revertida para Casa das Palmeiras.

Devido ao sucesso, o Projeto *Loucos Por Música* acabou se estendendo ao longo do ano de 2006 com uma proposta mais abrangente, se constituindo como “estratégia de ação interinstitucional na área da cultura e da saúde mental”, onde importantes nomes da Música Popular Brasileira (MPB) e das artes dividem o palco e doam seus cachês em prol de projetos e programas em saúde mental”.⁹⁸ O grupo foi convidado a continuar participando na abertura dos shows em importantes casas de espetáculo da zona sul do Rio de Janeiro.

“O *Loucos por Música* volta em 2006 para mostrar a importância de tratamentos psiquiátricos mais humanos, e também para que essas pessoas possam ser vistas como protagonistas de cultura e de produção de vida, superando a força do estigma e do preconceito. Projeto pioneiro em reunir música e artes plásticas em prol da inserção social de pessoas muito especiais, partindo para mais uma temporada, se consolida não só com um grande evento musical como também um importante projeto sociocultural. Muita música, diversão e gente solidária. (...)” (PETROBRÁS, 2006).

Em 2006, o grupo se inscreveu no “Programa Arte sem Barreiras”, um projeto nacional promovido pela FUNARTE e pela Caixa Econômica Federal, cujo objetivo é promover a arte, a educação e a expressão de jovens e adultos com necessidades especiais (antes eram denominadas de deficiências), sendo este o primeiro ano em que “transtorno mental” foi incluído entre as categoriais premiadas. O grupo ganhou o prêmio “inclusão social” na categoria música e foi o único grupo convidado para se apresentar na abertura do evento intitulado *I Mostra Santos de Arte sem Barreiras*, realizado em meados de julho na cidade de Santos, Estado de São Paulo.

Foi um momento de grande apreensão e euforia para eles, pois era a primeira vez que os usuários viajavam de avião e tocavam fora do Estado do Rio de Janeiro. Alguém no hospital

⁹⁸ Entre os artistas e grupos participantes: Ney Matogrosso, Alcione, Maria Betânia, Barão Vermelho, Ana Carolina, Dona Ivone Lara, Gilberto Gil, Zélia Duncan, Zé Ramalho, Los Hermanos, Paralamas do Sucesso, entre outros.

sugeriu que levassem dois enfermeiros junto com o grupo, pois a viagem seria longa, sendo a sugestão prontamente rejeitada por um dos técnicos: “Mas o enfermeiro vai adiantar de que nessa hora? Nós vamos lá tocar, nós não vamos ser consultados, não vamos nos tratar lá não, nós vamos tocar, tá entendendo?” Nem todos os integrantes conseguiram ultrapassá-la, mas o desejo do grupo de superação falou mais alto e a nova conquista foi compartilhada com os pares no jornal “A Mente”, produzido por eles e vendido na cantina Harmonia Mix.

“Esta viagem à Santos até agora, foi a única incursão do grupo, fora dos limites do Estado do Rio de Janeiro. Viajamos de avião (jato, levando uns 45 minutos) saindo do Galeão até o aeroporto de Congonhas na cidade de São Paulo., seguido de uma viagem de van, até Santos. Ficamos hospedados em hotel de boa qualidade (dois elevadores, quartos com banheiro privativo, TV à cabo, ar-condicionado, geladeira, e até fogão e pia de cozinha com bar. Café da manhã com mel, frios, geléias, queijos, ovos mexidos, etc; em ambiente acarpetado e finamente decorado com computador à disposição dos hóspedes na portaria; (cada um pagando à parte o excedente que usasse). Próxima parada, Brasília, em novembro próximo e dia 8 de agosto, Canecão.”(CPRJ, doc. 10)

Muitas outras viagens ainda estavam para acontecer, pois o grupo foi selecionado para participar, junto com outros de apresentações em várias cidades brasileiras (a próxima seria para Brasília, Distrito Federal).

Como um reflexo deste processo, do exercício de relações cada vez mais horizontalizadas, os vínculos se renovam e são ressignificados como “amizade” e “fraternidade”, fortalecendo ainda mais a identificação entre os sujeitos.

“Eu sinto que a partir do momento em que a gente viaja junto, dorme junto no hotel, que a gente passa dificuldade junto para passar o som, passa vergonha junto por não ter apresentado a coisa bem, a gente vai se transformando numa família, família mesmo. Essa relação mais horizontal permite que a pessoa se identifique, se veja como igual e perca um pouco da barreira que ele põe entre médico e paciente, que não tá oferecendo nada. Pra mim o ponto mais forte do Harmonia é esse – nós somos pessoas que estamos nos identificando e formando um corpo só- conjunto é isso – é um corpo só! Outro dia uma colega nossa saiu chorando porque errou na flauta e não tem problema, eu segurei, eu erreí também, o outro me segurou, aí quando o outro esqueceu a letra o coro disse – isso é unidade, um vai ajudando o outro como se fosse um sistema vivo mesmo, um não ta passando bem, o outro dá conta, vai lá e recupera. Então o Harmonia virou uma família mesmo” (técnico 2)

“A relação eu vejo que é profissional e paciente que se tornou (sic) amigos. E de amigos se tornou uma família, mesmo tendo briga, família briga, é família. É também, uma forma deles também terem assim uma visão no sentido do que nós estávamos produzindo dentro da instituição coisas favoráveis aqui, ao ambiente de trabalho dos técnicos”. (usuário 1)

6.9. Perspectivas e desafios e suas implicações na “harmonia” do grupo: interesses, desejos e necessidades em transformação.

À época em que terminou a pesquisa de campo estavam em discussão questões envolvendo mudanças significativas, tanto no que diz respeito à Instituição, quanto ao processo de Reforma Psiquiátrica e que, de alguma forma mantêm relações com o Grupo.

Em um evento em agosto de 2006, o serviço anunciou a abertura de um curso de Residência Médica em 2007 e o início do processo de transição do serviço, no qual este deixará de ser um centro integrado para transformar-se no primeiro CAPS III⁹⁹ no município do Rio de Janeiro, como forma de adequação do seu perfil à demanda territorial.¹⁰⁰ Tais fatos foram apresentados como um “retrato” do reconhecimento do ótimo trabalho que o CPRJ vem desenvolvendo junto à rede territorial de atenção. No entanto, a transição estava suscitando dúvidas e apreensões por parte do coletivo de técnicos e usuários sobre quais seriam as conseqüências desta mudança.

Outra questão importante em pauta, e de maior alcance, dizia respeito a um projeto ousado prevendo a construção do primeiro Centro de Convivência e Cultura no município, custeado pela verba arrecadada no Projeto *Loucos Por Música* e repassada para uma associação sem fins lucrativos fundada pelos criadores do Projeto “Convivendo com a Música” com objetivos de:

“Promover a inclusão social da população de rua portadora de transtorno psiquiátrico, através da criação de cursos de capacitação, geração de renda e atividades culturais, integrados com a comunidade”. Futuramente o projeto “República da Harmonia” pretende oferecer oportunidades de moradia. “(PETROBRÁS, 2006)”.

⁹⁹ De acordo com a Portaria 336/02 que estabelece o CAPS como articulador central das ações de saúde mental no município ou do módulo assistencial, o CAPS III é o de maior porte/nível de complexidade e abrangência populacional (200 mil habitantes e atenção contínua 24 horas).

¹⁰⁰ O serviço além de atender a população de sua área programática (AP.1), atende também uma grande parcela de pessoas oriunda de toda região metropolitana do Rio de Janeiro, residentes em áreas a cerca de 70 km de distância, o que prejudica substancialmente o seu acompanhamento. (CPRJ, doc. 8)

As palavras dos técnicos pareceram reveladoras dos desafios a serem enfrentados e que demandarão muito “cuidado” e transparência, além de um grande comprometimento ético-político com a “*defesa radical da vida*” dos usuários (CAMPOS,2005.a).

“A gente vai ver como isso vai caminhar, tem bastante chão aí a percorrer, tem muito chão. (...) Pode ser que através da Ong a gente possa ter uma independência, uma estrutura, porque aqui a gente está sob os auspícios da secretaria de saúde e tudo pode mudar do dia para noite. E num outro espaço não, um espaço construído por nós tem uma outra dimensão, e aí tem muito trabalho, requer investimento e aí tem a ver com as pessoas, se elas querem mesmo, se tem desejo, então é isso.” (técnico 1).

“A gente tá aprendendo tanto como trabalhar melhor no acolhimento, na inclusão, de estabelecer uma relação de confiança, que eu acho que esse é o maior nó que tem nos tratamentos psiquiátricos”. “Você estabelecer uma relação de confiança, da pessoa saber com quem ela tá lidando, saber que ela pode contar isso aí é fundamental. Eu acho que esse é o ponto forte mesmo”! (...)

Os usuários não mencionaram nada a respeito deste projeto do Centro de Convivência e Cultura, apesar do serviço ter espaços coletivos de discussão, assim como o próprio grupo. Porém, alguns usuários revelaram que vêm sendo “bombardeados” por comentários de outros usuários, familiares e por pessoas na rua que acreditam que eles estão sendo “explorados pelo serviço”, fazendo com que a *confiança*, tão fundamental às relações e ao cuidado em saúde, seja colocada em questão. No entanto, uma relação baseada na confiança, cooperação e no desejo de estar junto, tão cuidadosamente construída não se dissolve facilmente, falando mais alto.

“[Os outros dizem:] “- Ah, quem faz o show são vocês, vocês que tem valor, parece que vocês não se dão valor, vocês tem que procurar quando sair do show pedir hotel cinco estrelas, essas coisas”. Eu acho que o Harmonia começa como começa vários outros grupos, a gente não é melhor ou pior do que as outras pessoas que fazem música. Eu acho que as pessoas deveriam ver assim, por esse lado, não a gente como um grupo excepcional entendeu?” (usuário 3)

“Quando me perguntam na rua “- Você tá ganhando dinheiro?” Na rua eu vejo, saio em capa de jornal e não tenho dinheiro. Me pedem “- Arruma isso com fulano, arruma isso com cicrano. Pede lá, você é o cara!” Pacientes e pessoas na rua me vêm na rua e falam: “- Você tá andando de ônibus?” Então é isso, toda hora que eu saio pra rua (...) De

vez em quando eu chego pro meu técnico e falo assim: “- Poxa, eu to agoniado....” (usuário 1)

Uma outra questão começou a se evidenciar na época destoando dos princípios preconizados pela Reforma Psiquiátrica que apontam para a desinstitucionalização da organização do trabalho e afirmação da autonomia dos técnicos e usuários (BRASIL, 2004). Tal como nos fala Luz (apud COSTA-ROSA, 2006:145) as instituições são “palcos de luta social” sujeitas a mudanças e permanências, mesmo aquelas mais engajadas com a Reforma Psiquiátrica. Assim, paradoxalmente, começaram a ser expostas algumas incongruências e entraves e que não dizem respeito ao trabalho *prescrito* (diretrizes da Reforma), mas ao trabalho *real* nas instituições.

Um dos técnicos que, a partir do trabalho do Harmonia, demonstrou interesse em se abster de uma função administrativa (exercida ao longo de muitos anos) no serviço, por esta demandar muito tempo, para se dedicar mais à Reabilitação e ao grupo, não teve seu pedido reconhecido. Este fato acabou lhe gerando grande sofrimento e um sentimento de não reconhecimento da importância e diferencial deste trabalho na instituição.

“Eu gostaria de ficar mais dedicado à Reabilitação Psicossocial, mas oficina pra médico é complicado... No hospital “X” eu tenho toda liberdade, há onze anos que eu faço reforma psiquiátrica lá, fazendo exposições, shows, participando e fazendo um monte de coisa que foge um pouco do atendimento formal, mas que eu nunca fui questionado. Mas aqui eu percebo que estou sendo questionado (...) Eu tenho a instituição como um apoio natural, é aqui que a gente trabalha, que reúne as coisas (...)”(técnico 2)

A seguir, destacamos também alguns acontecimentos que despontaram como “pano de fundo” no contexto da pesquisa e que demonstram conflitos e impasses gerados pela inovação das práticas no campo da Saúde Mental (no qual o grupo veio se destacando) diante de setores mais conservadores pautados pelo paradigma psiquiátrico tradicional.

Em meados de 2006, em um contexto de significativos avanços na consolidação da Política Nacional de Saúde Mental e do forte acolhimento do campo artístico em relação à Reforma Psiquiátrica, surgiram ataques proferidos por representantes de entidades de classe e setores mais conservadores do campo. Em junho de 2006 veio o primeiro, sob o título “O Elogio da

Loucura”.¹⁰¹ A crítica é dirigida à abordagem dada pela mídia as experiências que utilizam a arte no tratamento em diferentes serviços de saúde mental, baseadas em argumentos “velhos, enaltecidos, mas insistentes de celebração da loucura” e de “defesa da desassistência psiquiátrica”, onde a loucura seria elogiada e exaltada não como doença, mas como “criação dos psiquiatras”, “forma de se libertar da opressão da sociedade” e acrescenta, “é claro que todos estes argumentos são apresentados com cenas, ao fundo, degradantes, similares a campos de concentração, ou então, com os loucos e seus terapeutas com violões e percussão fazendo um som legal” e termina afirmando:

“A loucura é uma tragédia. Aqueles que a elogiam e a engrandecem ou são ingênuos, ou são insensíveis ou estúpidos ou, então, dela querem se aproveitar de algum modo, caso do chamado movimento antimanicomial. Não sabem do que falam. E se a Arte dependesse da loucura para existir, Morte à Arte. Viva a Sanidade Mental!!!!”

Muitos manifestos de repúdio a esse pronunciamento circularam em listas de e-mails e de interesse dos profissionais e militantes da Reforma. Logo depois, veio outro ataque em um artigo intitulado: “Erro da política de saúde mental” em um dos jornais de maior circulação no país, no qual o Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde é duramente criticado. Abaixo um dos trechos do artigo é reproduzido na íntegra de forma a mostrar o teor das acusações¹⁰²:

“Há um grande equívoco no Programa de Saúde Mental do Ministério da Saúde, que impede qualquer avanço nessa área. Por desinformação ou interesses ocultos, os dirigentes do programa desmantelaram esforços de muitos anos, promovidos por pessoas realmente comprometidas com a saúde mental. O planejamento passou a ser desenvolvido a partir de antigos preconceitos e com viés populista. O equívoco começou a se desenhar quando elegeram como prioridade a “desospitalização” de portadores de transtornos mentais. Para justificar essa atitude, obviamente, foram obrigados a adotar o discurso de que a internação psiquiátrica não é um procedimento adequado — o que não é verdade. A psiquiatria precisa de internações e de atendimento em centros especializados, tanto como a ortopedia e a cardiologia. A argumentação oficial, porém, fugiu de critérios clínicos e foi fundamentada na percepção equivocada, construída durante anos, de que todos os internos em unidades psiquiátricas sofrem maus-tratos. Para isso ressuscitaram o conceito de manicômio e toda a carga pejorativa que acompanha a palavra. A discussão ganhou o aspecto sensacionalista que essa abordagem é capaz de despertar. Animados com a repercussão, os servidores resolveram encenar o roteiro. Para materializar a

¹⁰¹ Acessado em www.cremerj.org.br/jornais/palavrapresidente em 29.06.2006.

¹⁰² Acessado em <http://clipping.planejamento.gov.br/Noticias.asp?NOTCod+284741> em 24.07.2006.

mensagem de sucateamento da área de saúde mental, passaram a contingenciar recursos e, conseqüentemente, muitas instituições fecharam as portas, e o atendimento começou a enfrentar dificuldades graves, em razão da asfixia financeira. E foi essa situação que teve destaque na mídia. Em seguida, numa movimentação batizada de “reforma psiquiátrica” (como se a especialidade médica necessitasse de reforma...), fecharam leitos em hospitais públicos — vejam bem, públicos — e posaram de “salvadores da pátria” para os flashes. Quem precisa de reforma é o modelo assistencial, não os médicos!”.

Estas acusações foram rebatidas pronta e publicamente pelo coordenador de Saúde Mental do Ministério da Saúde – Pedro Gabriel Delgado, através do mesmo veículo da mídia, intitulado – “Saúde Mental e Pública para todos.”¹⁰³ Após intensa mobilização no interior do campo, houve finalmente um encontro em agosto de 2006. Este reuniu representantes e importantes lideranças do movimento de Reforma Psiquiátrica, trabalhadores, usuários, entre outros interessados na causa no maior evento de Saúde Coletiva do país, o 11º Congresso Mundial de Saúde Coletiva e 8º Congresso Brasileiro de Saúde Pública promovido pela ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva, realizado em na cidade do Rio de Janeiro, quando foram recolhidas mais de 500 assinaturas, e elaborada coletivamente uma moção de apoio à Reforma Psiquiátrica, divulgada no Relatório Final do Congresso.

A fala de um dos usuários é bastante interessante para refletirmos sobre a complexidade de questões envolvidas em projetos e propostas que não se contentam em “abrir portas” ou simplesmente “arejar a idéia de tratamento tradicional”, mas pretendem romper com o instituído e as enormes barreiras que o cercam.

“Não existe investimento, tão virando as costas. Não tem expectativa porque a gente começou muito pior do que a gente é, no sentido cultural, no sentido artístico. Era mais abrangente, tinha carro pra nos levar, agora que tá mais conhecido, não tem nada, tudo contado, dinheiro cortado (...) Não que eu esteja exigindo, mas eu tô dizendo que pro conhecimento de quem curte a cidadania não tem (...) dentro do processo, deveria ter uma forma mais... Nós não vamos fazer só um trabalho psiquiátrico. Nós vamos fazer um trabalho mesmo, que vai mexer em todas as áreas, vai mexer no trabalho, no emocional, no cotidiano, na política, vai mexer nas necessidades, que mexe com a saúde, que mexe com o bem estar e não fala bobagem, mas não é valorizado”. (usuário 1)

¹⁰³ Acessado em http://www.ifb.org.br/news_2006/noticia_21_2006.html; na “Sessão Mundo Psi” em 28.07.2006.

Neste sentido, os sujeitos percebem que o Grupo Harmonia Enlouquece vem se tornando uma importante “bandeira ideológica” para os diferentes atores sociais comprometidos com a Reforma Psiquiátrica Brasileira:

“Pra mim é um deleite, é uma maravilha estar aí dentro, quebrando esse mito de que doente mental é incapaz, porque a maior parte das músicas, dos arranjos é feita por todo mundo, mas a maioria é feita por um usuário – ele é a nossa estrela né? A nossa estrela ser um doente mental pra nós é uma força de bandeira ideológica muito grande e que derruba mesmo sem pedir licença, que nem rolo compressor, botando água abaixo essa coisa da incapacidade. Então nós estamos aí falando, localiza o que nós somos e vivemos, consegue fazer os serviços de saúde mental serem percorridos, mostrando o nosso trabalho, levar as pessoas, uma a voz que elas gostariam que fossem delas também, isso vai gerando forças, na possibilidade do tratamento ser melhorado, levando as pessoas a fazerem coisas, serem vistas, sem precisar ser escondidas.”(técnico 2)

A diversidade de expectativas quanto ao futuro desta experiência, refletem não apenas diferentes interesses, desejos e necessidades dos agentes envolvidos, mas do processo de transformação dos mesmos a partir desta experiência; assim como o reconhecimento das adversidades a serem enfrentadas a partir de alguma experiência comum já acumulada.

Se para os **técnicos** o aumento nas possibilidades de ação e a articulação do trabalho ao prazer representam importantes conquistas, os limites e desafios quanto ao futuro do grupo parecem ser mais claros:

“Terminar o CD e continuar trabalhando. O projeto é esse: fazer o que quer e gosta, sabe e precisa aprender a fazer melhor. Favorecer que esses usuários possam se desenvolver naquilo que eles mais gostam e quem sabe se tornar profissionais, a gente tem vários integrantes com potencial (...) [E também] estreitar mais os laços com outros serviços e é isso, vamos ver no que vai dar, a gente trabalha e vai avaliando o que é e o que o grupo pensa...” (técnico 1).

“Eu tenho uma preocupação, de que eles achem que vão ganhar a vida dentro do Harmonia, que vão crescer entendeu. Os usuários tem isso, eles acreditam em tudo. E eu sei que o mundo não é assim, e a característica do Harmonia não é essa (...) é mais um projeto terapêutico com um cuidar deles. Nós só estamos abrindo um caminho para eles.” (técnico 3)

“(...) Vamos ver se nesse contexto, a gente consegue que o grupo ganhe autonomia.... Sei lá, patrocínio do Ministério da Saúde, da própria Secretaria mesmo... Mas dessa vez não incluindo só os técnicos, porque nós já recebemos. Ver quem está trabalhando e não tem nada. O que é falado é que já tem a instituição, tem alimentação, tem remédio, mas quem não faz isso já tem também, então qual é o diferencial? O que vai ter de retorno para essas pessoas que estão trabalhando, para que elas possam ter uma dignidade, possam ter uma autonomia”? (técnico 2)

Lembrando as palavras de Rotteli et al (2001:33)

“Uma existência mais rica de possibilidades e experiências é também um existência em mudança. Certo que o sofrimento talvez não se anule, mas se começa a remover-lhe os motivos, mudam as formas e o peso com que este sofrimento entra no jogo da vida de uma pessoa. E igualmente não se anula a necessidade desta pessoa de ser ajudada, isto é, precisamente tratada que nos faz recordar o valor dessas necessidades e a necessidades de valor”.

Assim, para os **usuários** o futuro do grupo está bastante relacionado aos ganhos de saúde obtidos com o tratamento, no sentido de aumento das possibilidades de criar e estabelecer relações e atividades significativas, mas acima de tudo, o início do reconhecimento de si como cidadão com direito de morar, de trabalhar, de lazer enfim, de viver dignamente e com saúde.

“Tem aquela coisa, o amor nos torna mais e mais responsáveis (...) Acho que está tomando um caminho bom. Se estiver mais uma coisa a conquistar, acho que vai ser uma surpresa para mim, acho que conquistou o que eu não esperava que ia conquistar (...). Porque eu vou falar uma coisa pra você: a gente teve bom proveito do pouco dinheiro que a gente tá tendo dos shows. Então a gente conseguiu pagar coisas que eu não esperava que a fosse conseguir: a geladeira, o MP3 ... Agora a gente tá juntando dinheiro para comprar uma casa ou um terreno para nós; não só do Harmonia, mas dinheiro que a gente economiza. Talvez só falte mesmo tocar no rádio, só falta isso (...)”.(usuário 2)

“A gente podia estar dividindo o grupo, em partes, para criar outros grupos (...) Porque a realidade que a gente vive, a gente tem que ser objetivo, ter filosofia, ter definição, o que é o que vai se fazer isso em termos objetivos”. “Não basta você dizer que as pessoas vêm aqui para se divertir”... (usuário 5)

“Não é um trabalho, mas eu acho que o Harmonia está no caminho certo, eu acho que as pessoas tem talento. Ninguém vai botar ou viabilizar uma coisa que acha que não vai dar resultado. Eu acho que as coisas vão acontecer, vão evoluir. (...) “ (usuário 4).

“Pra ser sincero, eu vou dizer uma coisa pra você. Pra mim é mais um dia tranquilo que eu vou vivendo. Não é por choramingar, mas eu tô precisando acertar minha vida né... O tratamento eu não posso largar, eu tenho certeza que eu não posso largar o meu tratamento que eu sei como é que eu fico. Eu queria acertar a minha vida, ter meu dinheiro, ter a minha casa, ter as minhas coisas”. (usuário1)

“Eu já tive o Harmonia como um segundo plano. Hoje em dia, ele está mais no meu primeiro plano, porque eu trabalhava e de lá, às vezes eu saía para o show (...) Agora ele está no meu primeiro plano, porque eu estou com mais tempo para participar. E acho que não é perda de tempo.” (usuário 3).

O futuro desta experiência, como de tantas outras propostas inovadoras no campo da saúde mental é bastante incerto. Porém, o percurso e processo que esses sujeitos, de formas tão diferentes estão vivendo e inventando juntos representa em si uma conquista. Desbravar espaços, “romper barreiras” e territórios desconhecidos, “trocar identidades” e papéis; construir relações e uma história significativa juntos são alguns aspectos que foram evidenciados nesta experiência, e que talvez possam servir de inspiração, pela forma com que vêm inventando e enunciando “sem medos e amarras” a loucura e seu universo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estamos engatinhando muito ainda com essa “reforma”, estamos engatinhando muito ainda na psiquiatria, porque se tivesse uma grande evolução nesse sentido, estrutural, nós não estaríamos pendentes, porque nós estamos ainda tão pendentes que cada dia é um estudo. Mas é importante ver se ela vai continuar trabalhando nos atropelos da saúde ou se ela vai estar trabalhando nas acessibilidades que a saúde lhe oferece...” (usuário 1)

Ao analisar, a partir desta experiência, a produção de sentidos sobre novas práticas de cuidado no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira buscamos repensar as condições de possibilidade para a afirmação destas junto ao processo de transformação real e simbólica das relações com a loucura não apenas nos serviços de saúde mental, mas na sociedade.

Sendo assim, a pesquisa demonstrou que, ao longo da história, vem se construindo um rico e paulatino processo de *desconstrução* do modelo psiquiátrico e invenção de novas práticas e relações com a loucura, desde o nível macro (mais evidente nos esforços de mudança do modelo de atenção e de sua sustentação jurídico-política) ao micropolítico (das inter-relações entre técnicos/trabalhadores; usuários e gestão no cotidiano dos serviços) sendo, acima de tudo, sustentadas pelo comprometimento ético-político dos sujeitos no campo da Saúde Mental.

Podemos confirmar, a partir da análise desta experiência que, no contexto das práticas e relações cotidianas neste serviço, a Reforma Psiquiátrica vem avançando e afirmando-se como um novo modelo de atenção psicossocial, onde relações acolhedoras e humanizadas ganham importância fundamental como principal estratégia de cuidado. No entanto, a pesquisa evidenciou que as construções de práticas inovadoras no campo da Saúde Mental requerem a articulação entre interesses, necessidades e desejos dos diferentes atores envolvidos (usuários, técnicos/trabalhadores, gestão), assim como a criatividade, diversidade e flexibilidade dos serviços de lidar com a “emancipação do campo terapêutico” e precariedades do sistema de saúde diante da complexidade das demandas sejam elas de saúde ou administrativas. Neste contexto, a oficina terapêutica se confirmou como um dispositivo que permitiu a articulação e exploração de outros espaços, usos e modos de viver o tratamento, o trabalho, a criação, o afeto e o prazer.

No entanto, tal como a ponta Amarante (2003), sendo a Reforma Psiquiátrica um *processo social complexo* que envolve diferentes atores com interesses e necessidades também diversos, algumas ambigüidades surgiram na análise desta experiência. Apesar do apoio da gestão e dos ganhos em termos de visibilidade no cenário da Saúde Mental e Coletiva no âmbito da saúde mental municipal, estadual e brasileiro, lidar com os efeitos do processo de *desinstitucionalização* no sentido de “emancipação do campo terapêutico” (ROTELLI et al, 2001) se revelou uma questão ambígua, que conforme alguns autores citados anteriormente, vêm dificultando o avanço de muitas experiências inovadoras que buscam articular a clínica às finalidades políticas e sociais. Nesse viés, a pesquisa demonstrou que ainda é tortuoso o caminho de buscar ressignificar a noção de clínica e do trabalho terapêutico no sentido de uma “ruptura com o entretenimento” e com a tutela (SARACENO, 2001) através de novas estratégias que valorizem a “autonomia” e “emancipação” (KINOSHITA, 2001) dos usuários e trabalhadores, reconhecendo outros saberes e práticas que visem à produção da vida como objetivo.

Assim, a partir da análise desta experiência, foi possível perceber que a articulação entre a clínica, a arte, o trabalho e prazer vem avançando paulatinamente no cotidiano do serviço, com a invenção de novas práticas que possam contribuir significativamente para uma nova relação com a loucura, demonstrando que valores como “cuidado”, “fraternidade”, “amizade”, “confiança” e “solidariedade” podem e devem ser afirmados. Porém, para que isso se dê, torna-se fundamental que haja primeiramente o *reconhecimento* pelos pares (ou seja, dentro do próprio campo da Saúde Mental e Coletiva) dos valores que sustentam as novas práticas e dos sujeitos nelas envolvidos – trabalhadores e usuários) nos serviços de saúde. Nesse sentido, tal como afirma RAUTER (2006:276).

“Deve haver espaço para uma *utopia ativa*¹⁰⁴ de buscar estabelecer mais e mais conexões entre aspectos que a chamada vida moderna tornou estanques: trabalho, criação, prazer. (...) Porque as questões por ele colocadas não dizem respeito apenas à terapêutica da doença mental, mas a questões políticas cruciais para toda a sociedade, a questões que se referem ao desejo como produtor de real, produtor de mundos concretos. A tarefa necessária para a sobrevivência de nosso mundo humano passa justamente pelo estabelecimento de outras e melhores relações entre produção desejante e produção social, no sentido da expansão da vida. Essa questão, obviamente, não diz respeito apenas aos usuários de psiquiatria.”

¹⁰⁴ O termo *utopia ativa* vem da proposta Institucionalista para designar metas e objetivos mais altos e nobres que orientam os processos produtivos, desejantes e revolucionários de movimentos e agenciamentos sociais em seus aspectos instituintes (BAREMBLITT, 1994:196) e que, segundo Rauter (2006:275), vem sendo utilizado pelo MLA.

Para tanto, apesar dos esforços das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) na construção de um modelo de atenção psicossocial no sentido de reverter os investimentos antes concentrados no hospital para manutenção e ampliação progressiva da rede extra-hospitalar; estes ainda estão concentrados na implantação de serviços de atenção diária – CAPS, podendo ser confirmado pela implantação de mais de 1 mil serviços em todo o país em 2006. Tal fato, sem dúvida, evidencia um importante transformação do campo, porém ainda restrita ao âmbito técnico-assistencial. Neste sentido, o salto necessário deve apontar para o fomento de ações e políticas intersetoriais no âmbito da inclusão social e que constitui hoje, um dos grandes desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (BRASIL/SUS, 2007)

É importante ressaltar que o que nos foi permitido evidenciar neste trabalho, reflete um fragmento da trajetória Reforma Psiquiátrica Brasileira que “toca” em um de seus aspectos fundamentais – a dimensão sócio-cultural - onde novas e variadas experiências voltadas para a geração de renda e ações e projetos socioculturais estão redesenhando o cenário da atenção em saúde mental e as relações entre loucura e sociedade. Neste sentido, este trabalho demarca um instantâneo, não menos importante e precioso, dentro de um processo muito rico e amplo que está hoje em curso em diferentes pontos do país e que nesta, vem se caracterizando segundo um de seus protagonistas como uma produção “ininterrupta de sujeitos que desejam criar” e que talvez por isso, tenham mais chances de conquistar saúde e viver a vida de forma mais plena.

Por fim, de acordo com Pinheiro e Guizardi (2004:26), a experiência diz respeito à “uma ação da qual já se sai transformado”, de um “fazer-saber” que não se reduz a nenhuma teoria ou comunicação do que se sabe, mas requer aplicação de um olhar reflexivo sobre o objeto a fim de apreender suas significações. Assim, a análise desta experiência, sem dúvida, não se restringe a este trabalho de conclusão de dissertação de mestrado, mas a um processo – sofrido, como todo processo de criação e por isso mesmo profundamente transformador - de desconstrução de certezas e re-invenção de novas questões.

FONTES

1. BIBLIOGRAFIA:

ACIOLI, Sonia. “Os sentidos das práticas voltadas para saúde e doença: maneiras de fazer de grupos da sociedade civil”. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben (orgs) Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – ABRASCO, 2001.157-166.

_____. “Novas Práticas em Saúde: estratégias e práticas de grupos populares no enfrentamento de questões cotidianas”. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2000. (Série Estudos em Saúde Coletiva)

ALMEIDA, Nely. “Contribuições à Tematização das Oficinas nos Centros de Atenção Psicossocial”. In Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Costa, Clarice M. e Figueiredo, Ana C. (org). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.p. 167-180.

ALMEIDA, A.M.G. et al. Oficinas em saúde mental: relato de experiências em Quixadá e Sobral. In Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Costa, Clarice M. e Figueiredo, Ana C. (org). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.p. 117-133.

AMARANTE, Paulo & CARVALHO, Alexandre Magno. “Força, Diferença e Loucura: pensando para além do princípio da clínica.” In AMARANTE, Paulo (org). Ensaios: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, Série Loucura & Civilização, 1ª reimpressão, 2006.p.41-52.

AMARANTE, Paulo. “A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica”. In AMARANTE, Paulo (org) ARCHIVOS de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.45-65.

_____. “Asilos, alienados e alienistas – pequena história da Psiquiatria no Brasil”. In AMARANTE, P. (org) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1ª reimpressão, 1998b.

_____. (Coord.) Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2ª ed. 1998.

_____. “Loucura, cultura e subjetividade. Conceitos e estratégias percursos e atores da reforma psiquiátrica brasileira”. In FLEURY, Sonia (org.) Saúde e Democracia – A luta do CEBES - São Paulo. Lemos Editorial, 1997: p.163-185.

_____. O Homem e a Serpente – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 1ª ed. 1996.

AMARANTE, Paulo & ROTELLI, Franco. “Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil”. In AMARANTE, Paulo e BEZERRA, Benilton (orgs). Psiquiatria sem hospício – contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, 1992. p.41-55.

ARAÚJO, Inesita. A Reconversão do Olhar - Prática Discursiva e Produção de Sentidos na intervenção social. São Leopoldo: Editora Unisinos. Série Acadêmica, 2001.

BAREMBLITT, Gregório. Compêndio de Análise Institucional e outras correntes – Teoria e Prática. 2ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Rosa dos Ventos, 1994.

BARROS, Denise. Dias. Jardins de Abel – Desconstrução do Manicômio de Trieste. São Paulo. EDUSP: Lemos Editorial, 1994.

BARROS, Regina Benevides e PASSOS, Eduardo. A Instituição e suas Bordas. Em Cartografias e Devires. Porto Alegre: UFRGS Editora, 2003. p.341-356.

_____.Clínica e Transversalidade. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jan-Abr, vol.16, n.1: 2000. p.071-079.

BASAGLIA, Franco. Escritos Selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica. AMARANTE, Paulo. (org) Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BASAGLIA, Franco. A Instituição Negada: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: ed. Graal, 1985.

BEZERRA, Benilton. “A Clínica e a Reabilitação Psicossocial”. In PITTA, Ana (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.137-142.

BEZERRA, Benilton. “Da verdade à solidariedade: a psicose e os psicóticos”. In BEZERRA JR., Benilton e AMARANTE, Paulo. Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.p. 31-37.

BIRMAN, Joel & COSTA, Jurandir Freire. “Organização de Instituições para uma Psiquiatria Comunitária”. In AMARANTE, Paulo (org) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998.p.41-72.

BOFF, Leonardo. Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Ed. Vozes. 10ª edição, 2004.

BOURDIEU, Pierre. “Esboço de uma teoria da prática”. In ORTIZ, Renato (org). Pierre Bourdieu – sociologia. São Paulo: Ed. Ática, 1994.

BRITO, Jussara. “Saúde do Trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica.” Relatório do pós-doutorado realizado no Depto. de Ergologia da Universidade de Provence/França. s/d. (mimeo)

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em Saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cadernos de Saúde Pública, RJ, 15 (Sup. 2) 1999. p.77-185.

_____. “Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde”. In CEZERESNIA, Dina., FREITAS, Carlos Machado. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.15-38.

CAMPOS, Florianita C.B. & HENRIQUES, C.M.P. (orgs) Contra a maré à beira mar – A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1997.

CAMARGO, Kenneth R. “Epistemologia numa hora dessas? Os limites do cuidado”. PINHEIRO, R. e MATTOS, R.. Cuidado - as fronteiras da integralidade. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/IMS-UERJ/ABRASCO, 2004.p.157-170.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec. 2ª edição, 2005. a

_____. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec. 2ª edição, 2005. b

_____. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Artigo/Debate. Ciências e Saúde Coletiva, 5(2): 219-230,2000.

CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico. 4ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARDOSO, Janine. Comunicação, saúde e discurso preventivo: reflexões a partir de uma leitura das campanhas nacionais de AIDS veiculadas pela TV (1987-1999). Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro, ECO/UFRJ, 2001.

CARVALHO, Andréa da Luz et al. “O Fórum permanente e ampliado de saúde mental da AP 3.1: gestão e participação na construção de uma rede”. In COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/ COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP 3.1. Fragmentos do Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1.v.1, 2004. p.07-16.

CASTEL, Robert. A Ordem Psiquiátrica: a Idade de Ouro do Alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CECCIN, Ricardo. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16, p.161-77. set, 2004 - fev, 2005.

CERTEAU, Michel de. Artes de Fazer. Invenção do Cotidiano. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

COSTA, CLARICE M. & FIGUEIREDO, ANA C. (orgs). Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004.

COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia. & YASUI, Silvio. “Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva”. In AMARANTE, Paulo (org) ARCHIVOS de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2003. p.13-44.

COSTA-ROSA, Abílio. “O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar”. In AMARANTE, Paulo (org). Ensaio: Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, Série Loucura & Civilização, 1ª reimpressão, 2006.p.141-168.

CZERESNIA, Dina. “O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção”. In CZERESNIA, Dina. e FREITAS, Carlos Machado. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p.39-53.

DEJOURS, Christophe. “Addendum. Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho”. In Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. LANCMAN, Selma e SZNELWAR (orgs) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p.47-104.

_____. “Entre o sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho.” In Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. LANCMAN, Selma e SZNELWAR (orgs) Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p.303-316.

_____. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1987.

DELL'ACQUA, G e MEZZINA, R. Resposta à crise. In DELGADO, J. (org) A loucura na sala de jantar. São Paulo: Edição do autor, 1991.p.53-79.

DELEUZE, Gilles. Conversações. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel – “Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com um apêndice sobre a questão dos crônicos).” TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson do Rosário (org.) Cidadania e Loucura – Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis: Ed. Vozes, 6ª ed., 2000.p.171-202.

DESVIAT, Manuel. A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, Coleção Loucura & Civilização, 1999.

DESVIAT, Manuel. Pós-fácio. In AMARANTE, Paulo. Loucos pela Vida – a trajetória da Reforma no Brasil. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

FERREIRA, Luciana Bacellar L. “O que temos a ver com isso? Algumas breves reflexões sobre a função dos operadores na transformação do campo da saúde mental”. In COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP 3.1. Fragmentos do Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1.v.1, 2004: p.18-21.

FOUCAULT, Michel. “O nascimento da medicina social”. In Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1990:79-98.

_____. “O nascimento do Hospital”. In Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1990:99-111.

FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. Ed. Forense Universitária. 1ªed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

- FOUCAULT, Michel. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1993.
- GIOVANELLA, Lígia e AMARANTE, Paulo. “O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental”. In AMARANTE, Paulo (org) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998. p.113-146.
- GOLDBERG, Jairo. *Clínica da psicose: um projeto para a rede pública*. Rio de Janeiro. Te Corá: Instituto Franco Basaglia / IFB, 2ª edição, 1996.
- GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Ed Perspectiva, 1997.
- _____. *Representação do Eu na Vida Cotidiana*. 7ª edição Petrópolis: Ed. Vozes, 1996.
- GUATTARI, Felix & ROLNIK, Suely. *Micropolítica – Cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes, 7ª ed.revisitada, 2005.
- GUATTARI, Felix. *Revolução Molecular: pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1977.
- GUATTARI, Felix. *Caosmose – um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34,1992.
- GUERRA, Andréa. Máris. Campos. “Oficinas em saúde mental: percurso de uma história, fundamentos de uma prática”. In COSTA, Clarice M. e FIGUEIREDO, Ana Cristina. (orgs.). *Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania*. Contra Capa/ Rio de Janeiro, 2004. p.23-57.
- GULLAR, Ferreira. *Nise da Silveira: uma psiquiatra rebelde*. Rio de Janeiro: Ed. Relume-Dumará, Série Perfis do Rio - Prefeitura,1996.
- HELLER, Agnes. *O cotidiano e a História*. 3ª edição. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1989.
- HERSCHMANN, Micael. “Entre a insalubridade e a ignorância. A construção do campo médico e do ideário moderno no Brasil”. In HERSCHMANN, Micael e outros. *Missionários do Progresso – Médicos, Engenheiros e Educadores no Rio de Janeiro -1870-1937*. Rio de Janeiro: Ed. Diadorim, 1996. p. 11-67.
- HIDALGO, Luciana. *Arthur Bispo do Rosário – o senhor do labirinto*. Rio de Janeiro: Rocco, 1996.
- KINOSHITA, Roberto Tykanori. “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial”. In PITTA, Anna (org). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Ed. HUCITEC. 2ª edição, 2001:55-59.
- KODA, Mirna Y. “A construção de sentidos sobre o trabalho em um núcleo de Atenção Psicossocial”. In AMARANTE, Paulo (org) *ARCHIVOS de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora NAU, 2003. p. 67-87.

LANCETTI, Antônio. Clínica Peripatética. Saúde e Loucura nº20. Políticas do Desejo nº1. São Paulo: Editora HUCITEC, 2006.

_____. **Prevenção, Preservação e Progresso em Saúde Mental. In LANCETTI, Antônio. Saúde e Loucura nº1. São Paulo: Editora HUCITEC, 2ª ed, 1989. p.75-89.**

LANCMAN, Selma. & SWNELWAR, L. I. – “O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho.” Cristophe Dejours - Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004.p.23-34.

LAURELL, A. e NORIEGA, M. Processo de Produção e Saúde. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LEAL, Erotildes M. O agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica brasileira: modelos de conhecimento. Rio de Janeiro. Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ), 1999.

LEITÃO, Maria Beatriz Sá. “Clínica e Processos de Subjetivação”. In RODRIGUES, Heliana de Barros C. LEITÃO, Maria Beatriz Sá e BARROS, Regina Benevides (org) Grupos e Instituições em Análise. Rio de Janeiro; Ed. Rosa dos Tempos, 1992.p.145-156.

LIBÉRIO, Madalena. “Os CAPS e os Fóruns de Saúde Mental.” In COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO/ COORDENAÇÃO DE SAÚDE DA AP 3.1. Fragmentos do Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP 3.1.v.1, 2004: p.17.

LIBÉRIO, M. e FAGUNDES, H. “A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução” In SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Saúde em Foco. Saúde Mental: a ética do cuidar. Rio de Janeiro: SMS-RJ, ano VI, nº 16, Nov. 1997.

LIMA, Elizabeth Araújo. “Oficinas e outros dispositivos para uma clínica atravessada pela criação”. In COSTA, Clarice M. & FIGUEIREDO, Ana Cristina. (org.). Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.59-81.

LOBOSQUE, Ana Marta. “Modos de Subjetivação num outro mundo possível: afirmando o desejo”. In LOBOSQUE, A.M. Clínica em Movimento: por uma sociedade sem manicômios. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2003:181-187.

_____. “Hospitais Psiquiátricos x Serviços Substitutivos: saberes em confronto”. In BRASIL - Cuidar sim, excluir não – III Conferência Nacional de Saúde Mental. Caderno de Textos. Brasília. Dezembro, 2001a.

_____. “Oficinas: Fazer-pensar”. In LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2001.b: 93-101.

_____. “Experiências da loucura: Da questão do sujeito à presença na cultura”. In LOBOSQUE, Ana Marta. Experiências da Loucura. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2001.b: 13-36.

_____.Princípios para uma Clínica Antimanicomial e outros escritos. São Paulo: HUCITEC, 1997.

LOPES, Isabel Cristina. “Centros de Convivência e Cooperativa: reinventando com arte agenciamentos de vida”. In FERNANDES, Maria Inês Assumpção et al. Fim de Século: ainda manicômios? São Paulo: LAPSO/IPUSP, 1999.p.139-162.

LUZIO, Cristina A. e L`ABATTE, Solange. A Reforma Psiquiátrica Brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. Interface – comunicação, saúde e educação. Botucatu, São Paulo: Fundação UNI/UNIESP, v.10, n.20, jul/dez, 2006. p.281-298.

MATTOS, Rubem. “Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos.” In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Rubens. A (org) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado em saúde. São Paulo. Rio de Janeiro: Hucitec. Abrasco, 2001. p.39-64.

MARAZINA, Isabel. Trabalhador de saúde mental: encruzilhada da loucura. In LANCETTI, Antônio. Saúde e Loucura, nº 1. São Paulo: Editora HUCITEC, 1989.p.69-74.

MELO, Walter. “Nise da Silveira”.In JACÓ-VILELA A. M. e FERREIRA,M.R.(coord.) Coleção Pioneiros da Psicologia Brasileira. V 04. Rio de Janeiro: Imago, Brasília/DF: CFP, 2001.

MENDES, René & DIAS, Elizabeth Costa. Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador. Revista de Saúde Pública, v.25, n.5:341-349,1991.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para a saúde. 2ª edição. São Paulo. HUCITEC, 1999.

MERHY, Emerson Elias. Saúde: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

_____. O CAPS e seus Trabalhadores: No Olho do Furacão Antimanicomial. Alegria e Alívio como dispositivos analisadores. Ensaio a partir de um trabalho coletivo com os profissionais do Cândido Ferreira. Campinas, 2003.

_____. “O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do Processo de Trabalho em saúde (um ensaio sobre a Micropolítica do Trabalho Vivo)”. In FLEURY, Sonia (org.) Saúde e Democracia – A luta do CEBES - São Paulo. Lemos Editorial, 1997. p.125-141.

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B.. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos technoassistenciais In Saúde em Debate, ano XXVII, v.27 nº 65. Rio de Janeiro, set/dez de 2003.

MINAYO-GOMEZ, Carlos. & THEDIM-COSTA, Sonia. M.F.A. A construção do campo da saúde do trabalhador: percursos e dilemas. Cadernos de Saúde Pública, v.13, n.2, p.21-32, 1997.

MINAYO, Cecília. O Desafio do Conhecimento – Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6a ed. São Paulo /Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 1999.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES EM SAÚDE MENTAL (MTSM) – Boletim da Coordenação Nacional – novembro / dezembro, 1988.

MOVIMENTO DE LUTA ANTIMANICOMIAL. 2001: Como estamos? O que queremos? Para onde vamos? V Encontro Nacional do Movimento da Luta Antimanicomial. Miguel Pereira, RJ. 17 a 20 de outubro, 2001.

NEVES, Mary Yale; et al. “Saúde Mental e Trabalho: um campo de estudo em construção”. In ARAÚJO et al. (orgs) Cenários do Trabalho - subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p.19-49.

NICÁCIO, Maria Fernanda. O Processo de Transformação da Saúde Mental em Santos: Desconstrução de Saberes, Instituições e Cultura. São Paulo, 193 p. Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC-SP, 1994.

NICÁCIO, Maria Fernanda e KINKER, Fernando. “O Desafio de Viver Fora: construindo a Cooperativa para ParaTodos”. In CAMPOS, Florianita C.B. & HENRIQUES, C.M.P. (orgs) Contra a maré à beira mar – A experiência do SUS em Santos. São Paulo: Ed. HUCITEC, 1997.p.121-131.

ONOCKO, Rosana. “A promoção à saúde e a clínica: o dilema ‘promocionista`.” In CASTRO, A. e MALO, M. (orgs.) SUS - ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: Ed. HUCITEC/OPAS, 2006. p.62 -74.

PAIM, Jairnilson. Bases Conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In FLEURY, Sonia (org.) Saúde e Democracia – A Luta do CEBES - São Paulo. Lemos Editorial, 1997. p.163-185.

PASHE, Dário Frederico e HENNINGTON, Elidam Azevedo. “O Sistema Único de Saúde e a Promoção da Saúde”. In CASTRO Adriana e MALO, Miguel. SUS - ressignificando a promoção da saúde. São Paulo: OPAS / Editora Hucitec, 2006. p.19-40.

PASSOS, Eduardo e BENEVIDES, Regina. “Passagens da Clínica”. In: JÚNIOR et al. (org) Polifonias – Clínica, Política e Criação. Rio de Janeiro: Contra-Capa, p.89-99.

PEIRY, Lucienne. “La aventura Del Art Brut – De La clandestinidad a la consagración”. In BANCAJA/Collection de L`Art Brut/Consejería de Cultura e Deportes. Gênio e Delírio – Colección de Art Brut de Lausana. Catálogo. Madrid: Círculo de Bellas Artes (CBA), 128p. 2006.

PINHEIRO, Roseni. “As práticas do cotidiano na relação oferta demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade”. In PINHEIRO, Roseni e MATTOS, Ruben.(org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. P.65-112.

PITTA, Ana Maria F. - O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil hoje? In PITTA, Ana Maria F. (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.a.p.19-26.

_____ - “Reorientação do Modelo de Atenção: Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental”. In Ministério da Saúde-MS / Conselho Nacional de Saúde - CNS. III Conferência Nacional de Saúde Mental – Cuidar sim, excluir não. Cadernos de Textos, Brasília, dezembro, 2001. b

RESENDE, Heitor. “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”. In TUNDIS, Silvério Almeida & COSTA, Nilson do Rosário (org.) Cidadania e Loucura. Políticas de Saúde Mental no Brasil. Petrópolis: Vozes, 6ª ed., 2000. p.15-73.

ROTELLI, Franco. “Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste”. In AMARANTE, Paulo (org) Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1998. p.149-169.

ROTELLI, Franco et al. “Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa e dos países avançados”. In NICÁCIO, Fernanda (Org) Desinstitucionalização. São Paulo: Ed. HUCITEC, 2ª edição. 2001.p.17-59.

ROTELLI, Franco. “Empresa Social: Construindo sujeitos e direitos”. In AMARANTE, Paulo (org). Ensaio: subjetividade, saúde mental e sociedade. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, Série Loucura & Civilização, 1ª reimpressão, 2006.p.301-306.

ROZEMBERG, Brani. A intransparência da Comunicação: Crítica Teórico-Metodológica sobre a Interação do Saber e das Práticas Médicas e Experiência das Populações de Áreas Endêmicas de esquistossomose. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / ENSPSA. Fundação Oswaldo Cruz, 1995.

SANTOS, Boaventura de Souza. Um discurso sobre as Ciências. Rio de Janeiro: Ed. Cortez 3ª edição, 2005.

SANTOS, Milton. A natureza do espaço: técnica e tempo. Razão e emoção. 4ª ed, 2ª reimpr. São Paulo: Edusp, 2006.

SARACENO, Benedito. Libertando Identidades – da Reabilitação Psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Te Corá. / Instituto Franco Basaglia, 1999.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In PITTA, Ana (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.13-18.

SCARCELLI, Ianni R. “Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática”. In FERNANDES, Maria Inês et al. (orgs). Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: LAPSO / IPUSP / USP, 1999. p.187-205.

SILVA, Cláudia Osório. Vida de Hospital: a produção de uma metodologia para o desenvolvimento da saúde do profissional de saúde. Tese de Doutorado. Centro de Estudos da Saúde do trabalhador e Ecologia Humana. Escola Nacional de Saúde Pública. Fiocruz, 2002.

SOALHEIRO, Nina Isabel. As oficinas e o ofício de cuidar. In Oficinas Terapêuticas em Saúde Mental: sujeito, produção e cidadania. Costa, Clarice M. e Figueiredo, Ana C. (org.). Rio de Janeiro: Contra Capa, 2004. p.161-166.

_____. A Invenção da Assistência: Uma Orientação Ética para a Clínica em Saúde Mental na Rede Pública. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. ENSP/FIOCRUZ, 1997.

SPINK, Mary-Jane e MEDRADO, Benedito. “Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas”. In SPINK, Mary-Jane e MEDRADO, Benedito (org). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano. Aproximações teóricas e metodológicas. 3ª edição São Paulo: ed. Cortez, 2004.p.- 41-61.

SPINK, Mary-Jane. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. In Psicologia & Sociedade - Revista da Associação Brasileira de Psicologia Social/ABRAPSÓ, v.19(1), jan/abr, 2007. p. 07-14

TYKANORI, Roberto. “Contratualidade e Reabilitação Psicossocial”. In PITTA, Ana (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, p.55-59.

TORRE, Eduardo H.G. e AMARANTE, Paulo. Protagonismo e Subjetividade. A construção coletiva no Campo da Saúde Mental. Artigo. Ciência & Saúde Coletiva 6 (1): 73-85, 2001.

VALLADARES, A.C.A et al. Reabilitação Psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.5, n.1 p.04-09, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

VANDERLEI, Lula. O Vazio Vivo. In PITTA, Ana (org) Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.63-71.

VENÂNCIO, Ana et al. O Campo da Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Te Corá/IFB, 1997.

VERTZMAN, Júlio; CAVALCANTI, Maria e SERPA JR, Otávio. “Psicoterapia Institucional: uma revisão”. In BEZERRA JR., Benilton e AMARANTE, Paulo. Psiquiatria Sem Hospício: contribuições ao estudo da Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992. p.17-30.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. “O controle social na reorientação do modelo assistencial em saúde mental no Brasil”. In BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Textos da III Conferência Nacional de Saúde. Brasília: Ministério de Saúde, 2001: p. 42 -53.

_____. “Reinvenção da cidadania, empowerment no campo da saúde mental e estratégia política no movimento de usuários”. In AMARANTE, P. (org) Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, Coleção Loucura e Civilização. 2006. p.169-194.

WISNIK, José Miguel. O som e o sentido - uma outra história das músicas. São Paulo: Companhia das Letras: Círculo do Livro, 1989.

YASUI, Silvio. Rupturas e encontros: Desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Tese de Doutorado (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSPSA) - FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2006.

2. DOCUMENTOS:

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Saúde Mental no SUS: Acesso ao tratamento e mudança do modelo. Relatório de Gestão 2003-2006. MS: Brasília, janeiro de 2007.85p.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, novembro de 2005.a.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Saúde Mental e Economia Solidária: inclusão social pelo trabalho. 134 p.- série B.Textos básicos de Saúde. Brasília-DF, 2005.b.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE / SECRETARIA EXECUTIVA / SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE-SAS Legislação em Saúde Mental – 1990-2004. 5ª edição ampliada. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE-MS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. COMISSÃO ORGANIZADORA DA III CNSM. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, 2002.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL / SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE / DEPTO. DE ASSISTÊNCIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE. Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde: A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Brasil. Brasília, 1994.

BRASIL / MINISTÉRIO DA SAÚDE. Relatório Final. In: VIII Conferência Nacional de Saúde, Brasília, 1986.

COORDENAÇÃO DOS PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL /SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Fragmentos do Fórum Ampliado e Permanente de Saúde Mental da AP3. 1. v.1, 2004.

CPRJ, doc1. Organograma e Fluxograma, 2006.

CPRJ, doc.2. “Ser poeta é se viver”. Rio de Janeiro: CPRJ, 1ª edição, 2002.

CPRJ, Doc.3 “Plano de Atividades do Hospital - Dia.”, 2006.

CPRJ, Doc.4. “Questionário sobre os projetos de geração de renda e trabalho de usuários de tratamento mental”, 2006.

CPRJ, Doc.5. “Festejando”. Boletim. ano V nº 7 – agosto de 2004.

CPRJ, Doc.6. “A Magia”. Impresso anexo ao CD.

CPRJ, Doc.7. “Harmonia Enlouquece”. Release do grupo atualizado em 17.05.2006.

CPRJ, Doc. 8. “O Projeto” folder anexo ao CD.

CPRJ, Doc.9. “Harmonia Enlouquece”. (CD - capa e letras).

CPRJ, Doc 10. “A Mente”. Jornal impresso produzido pelos usuários do Hospital-dia. Edição junho/julho, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Saúde Mental – nova concepção, nova esperança. In Relatório Sobre Saúde no Mundo, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - Declaração de Caracas. Venezuela, 1990.

PETROBRÁS. Folder do evento “Loucos Por Música”, realizado em 05.09.2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS - RJ / COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE SAÚDE MENTAL – CPSM. Recomendações sobre o atendimento em Saúde Mental na Rede Básica, 2005.

3. HEMEROGRAFIA

AGOSTINI, Bruno. “Loucos por arte – Museu Villa-Lobos abriga apresentações de pacientes do Centro Psiquiátrico”. Jornal do Brasil, Caderno B, 07.12.03, p.03.

CARVALHO, Carolina Salles. “Especial Terapia da Arte: Musicoterapia - diálogo multidisciplinar”. Revista Ciência e Vida Psique. Ano I nº12. 2007.p.43-51.

VIANNA, Luis Fernando. “Loucura produz cultura no Rio”. Folha de São Paulo. Caderno Ilustrado, 05.03.2005. p.03.

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP

Você, _____ está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “*Processo de Trabalho e Produção de Sentidos no contexto da Reforma Psiquiátrica. Um estudo de caso: Projeto Harmonia Enlouquece do Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro*”. Você foi escolhido por participar ou ter participado diretamente ou indiretamente deste projeto.

Esta pesquisa tem como objetivo principal compreender o desenvolvimento de novas estratégias de cuidado no campo da Atenção Psicossocial no contexto da Reforma Psiquiátrica e sua relação com o processo saúde/trabalho. A partir do estudo de caso do Projeto Harmonia Enlouquece/CPRJ, visa conhecer e analisar o processo produtivo do grupo enquanto um coletivo organizado de produção (musical e de cuidados), além de contribuir para o debate sobre as práticas comunicativas e sócio-culturais desenvolvidas coletivamente que contribuam para a promoção da saúde e a cidadania de trabalhadores e usuários.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder entrevista, que terá aproximadamente 1 hora de duração e que será gravada, se você autorizar. Seu nome e dados pessoais não serão colocados na pesquisa. Eu utilizarei nomes fictícios ou apenas letras para identificar os entrevistados. A sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Se isso acontecer peço que comunique a sua decisão para que eu possa retirar as informações que dizem respeito a você, sem que haja qualquer problema.

Este projeto está sendo desenvolvido na forma de uma dissertação de mestrado em Saúde Pública na ENSP/ FIOCRUZ e deverá ser realizado em duas etapas. Na primeira, faremos observações dos encontros do grupo Harmonia Enlouquece e realizaremos conversas informais com os trabalhadores e usuários para conhecermos melhor a organização do grupo e a dinâmica do trabalho, além de acompanhar o grupo em apresentações e eventos (dentro e fora do serviço). Em seguida, faremos entrevistas, das quais participarão voluntariamente técnicos/trabalhadores e usuários que participam direta e/ou indiretamente do Projeto Harmonia Enlouquece.

Para a análise dos resultados, serão utilizadas as seguintes fontes: documentos relativos ao Centro Psiquiátrico do Rio de Janeiro - CPRJ e ao Grupo Harmonia Enlouquece, dados de diálogos informais, das observações e das entrevistas realizadas. Dentre os documentos analisados estará o projeto institucional e os materiais específicos relativos ao Projeto HE (book, release, agenda de shows, fotos, cd, material de divulgação, entre outros). Esperamos que estes métodos forneçam dados sobre a importância da participação ativa de trabalhadores, usuários e da gestão, em novas estratégias substitutivas de atenção, em que a música e a comunicação são importantes meios de expressão criativa e de participação democrática para a produção de saúde e de novos sentidos sociais para uma nova relação da sociedade com a loucura.

Esclarecemos que seu depoimento será destinado para fins desta pesquisa, sendo o material das entrevistas (fitas ou mídia sonora) posteriormente arquivado pela pesquisadora, estando à sua disposição para consultas ou esclarecimentos. Os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes será garantido em todas as suas formas de divulgação. Deste modo, você não estará submetido a

qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa. Os benefícios do projeto ocorrerão de forma indireta, pois este deverá possibilitar reflexão coletiva que contribua para o desenvolvimento de um trabalho que esteja cada vez mais em consonância com a qualidade do cuidado e das relações e a saúde dos sujeitos envolvidos.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam os telefones de contato e os endereços eletrônicos da pesquisadora e da orientadora do projeto, além do telefone e endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Renata Ruiz Calicchio

Local e data

Declaro que entendi os objetivos deste projeto e concordo em participar da pesquisa e que recebi cópia deste termo de consentimento.

Participante da pesquisa

Local e data

Para quaisquer dúvidas e esclarecimentos, você pode nos procurar:

Renata Ruiz Calicchio (mestranda da Escola Nacional de Saúde Pública): Laboratório de Estudos e Pesquisas em Saúde Mental – LAPS/DAPS/ENSP. Av. Brasil, 4036 / sala 506 – Manguinhos. 21040-361. Rio de Janeiro – RJ. Tels. (021)3882-9105 e (021)9254-0485. E-mail: reruiz@uninet.com.br

Brani Rozemberg (orientadora da pesquisa): Av. Brasil, 4.365 (prédio do Instituto de Pesquisa Evandro Chagas (IPEC). – Manguinhos. Tel.: 22609749. E-mail: branzozemberg@uol.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP: (21) 2598-2863 (Tel e Fax), Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Sala 314 - Manguinhos, Rio de Janeiro/ RJ CEP: 21041-210. E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO 2: ROTEIROS DE ENTREVISTA

TÉCNICOS:

(Com formação específica e não específica na área de Saúde Mental)

Formação específica na área de saúde mental ()sim ()não
Qual?.....

Idade:..... anos

Tempo de serviço:..... anos

Tempo de serviço no CPRJ.....anos

1. Como é o seu trabalho aqui no CPRJ?
2. Conte um pouco do projeto Harmonia Enlouquece (como e quando surgiu, por que, da proposta etc.). Como foi a sua entrada e qual a sua participação no grupo?
3. Como é a relação entre vocês dentro do grupo (organização, tempo de dedicação, etc)? O que mudou na medida em que o Projeto foi crescendo e as demandas surgiram?
4. Em sua opinião, como o projeto se encaixa na proposta institucional? Do ponto de vista do processo e dos resultados do projeto, que tipo de reconhecimento o Harmonia Enlouquece possui hoje dentro e fora do serviço?
5. De forma mais ampla, como você situa o Harmonia Enlouquece na proposta de transformação da assistência em Saúde Mental? Tem conhecimento da proposta Antimanicomial? Em sua opinião, como projetos como este podem contribuir na construção de uma relação mais solidária com a loucura?
6. O que é loucura e o que é saúde para você? E para a sociedade?

USUÁRIOS

Formação ()sim ()não Qual?.....

Já exerceu alguma atividade profissional? ()sim ()não.

Qual?.....Tempo:.....

Mora sozinho?Com quem?.....

Idade:.....anos

Tempo de tratamento:..... anos

Tempo de tratamento no CPRJ.....anos

1. Já tinha se tratado em outro(s) serviço(s)? Qual (quais) e por quanto tempo? Que tipos de tratamento já fez? Como você veio parar no CPRJ e o que acha do tratamento que você faz aqui? Como é?
2. Conte um pouco do projeto do Harmonia Enlouquece. Como foi a sua entrada e qual a sua participação no grupo? Como é a relação entre vocês dentro do grupo (organização, tempo de dedicação, etc)?
3. O que mudou na sua vida em função da sua vinculação a este projeto? O que mudou na medida em que o Projeto foi crescendo e as demandas surgiram?

4. Em sua opinião, como o projeto se encaixa na proposta institucional? Do ponto de vista do processo e dos resultados do projeto, que tipo de reconhecimento o Harmonia Enlouquece possui hoje dentro e fora do serviço?
5. Tem conhecimento da proposta Antimanicomial? Qual? Em sua opinião, projetos como este podem contribuir na construção de uma nova relação da sociedade com a loucura? Como?
6. O que é loucura e o que é saúde para você? E para a sociedade?

ANEXO 3: LETRAS DE MÚSICA DO PRIMEIRO CD DO GRUPO HARMONIA ENLOUQUECE

1. SERÁ QUE DÁ

Balança a cabeça
Não estou com cabeça,
Será que dá?

Ausência de vida, mentes vazias
Será que dá?
Corpos perfeitos, mentes atentas,
Será que dá?
Para conseguirmos nos realizar,
E assim, seguir e chegar em algum lugar,
Vamos avançar.

Escritório, relógio de ponto, tolerância,
Hora do rango, do pagamento, vale transporte,
Ticket restaurante, comando vermelho de todas as cores,
Chefe nervoso, chefe tranqüilo, chefe exibido, tarado,
Metido e mandão, assembléia e greves, povos sem terra...
Aí eu pergunto, será que dá?

2. SUFOCO DA VIDA

Estou vivendo no mundo do hospital
Tomando remédio de psiquiatria mental
Haldol, diazepam, roypinol, prometazina,
Meu médico não sabe como me tornar um cara normal

Me amarram, me aplicam, me sufocam num quarto trancado,
Socorro! Sou um cara normal asfixiado
Minha mãe, minha irmã, minha tia, me encheram de drogas de levomepromazina.

Ai, ai, ai, que sufoco da vida...
Estou cansado de tanta levomepromazina

3. XOTE DA DOR

Não é cansativo, é prejudicativo.
É uma cabeça sem juízo
Sem preservativo, não preserva o equilíbrio.
Só deixa a gente um pouco sem sentido

O meu amigo me falou que me cuidasse
Dessa dor que um dia passa no carimbo do doutor
Eu vejo tudo como se fosse uma verdade
É uma mentira cheia de arte
E assim acaba a dor

Dor.. dor...dor...
E assim acaba a dor
Dor... dor...dor...
No carimbo do doutor

4. PARADOXO

Abri os olhos, mas não via nada
Gritava, mas não me escutava
Corria, **mas** não me alcançava
Sorria, mas no fundo chorava

Comia, mas não me alimentava
Não via que o tempo passava
Sentia que os olhos molhavam
E assim despertava a fera que em mim se pronunciava
É um veneno da massa cefálica que se expressava
Raiva, dor, rancor,
No meu interior: grito e choro
Raiva, riso e dor
No meu interior....

5. HARMONIA ENLOUQUECE

Eu tô maluco,
Eu tô bolado
Estou me sentindo
Cada vez **descontrolado**

Minha cabeça
Já não me agüenta
Na realidade
Eu preciso é de assistência

Sei que a harmonia enlouquece
Vai me ajudar
Ninguém esquece não
É nessa onda
Que eu vou mergulhar

6. TRATE BEM¹⁰⁵

Não precisa nem chegar
Não precisa nem dizer
A distância está no ar
Porque tentar me convencer

Pimenta nos olhos dos outros é refresco
Imagina se fosse você

Trate bem pra ser tratado
Trate-se bem para ser tratado
A cura está em você!

Trate bem pra ser tratado
Trate-se bem para ser tratado

Olhar a vida dos outros é defeito
Sai dessa onda e presta atenção, em você!

¹⁰⁵ Esta música consta do segundo Cd do Grupo Harmonia Enlouquece (ainda a ser lançado).